UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1942 : N° 10

LE DOLICHOCOLON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE SON TRAITEMENT par les infiltrations du sympathique Lombaire

Travail de la Consultation de Gastro-Entérologie
de la
Clinique de Thérapeutique Médicale de la Faculté d'Alger

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1er Juin 1942

PAR

FOUCAUD PAUL

né le 16 juillet 1912 à Châtelguyon

MEMBRES DU JURY :

MM. LEBON, Professeur de Clinique Thérapeutique médicale....	Président.
SARROUY, Professeur de Clinique médicale et Hygiène infantile.	Juges
GOINARD, Agrégé (Chirurgie)	
MANCEAUX, Chargé des fonctions d'Agrégé (Médecine) ..	

Ancienne Imprimerie Victor HEINTZ
41, Rue Mogador, 41
ALGER

1942

Censure 8.008.

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1942 : N° 10

LE DOLICHOCOLON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE SON TRAITEMENT par les infiltrations du sympathique Lombaire

Travail de la Consultation de Gastro-Entérologie

de la

Clinique de Thérapeutique Médicale de la Faculté d'Alger

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1er Juin 1942

PAR

FOUCAUD PAUL

né le 16 juillet 1912 à Châtelguyon

MEMBRES DU JURY :

MM. LEBON, Professeur de Clinique Thérapeutique médicale....	Président.
SARROUY, Professeur de Clinique médicale et Hygiène infantile.	Juges
GOINARD, Agrégé (Chirurgie)	
MANCEAUX, Chargé des fonctions d'Agrégé (Médecine) ..	

Ancienne Imprimerie Victor HEINTZ
41, Rue Mogador, 41
ALGER

1942

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. LEBON (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Doyen honoraire	LEBLANC (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Assesseur	CABANES (✻, ⚕, I. ⚙).

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Histologie et Embryologie	BENOIT (A. ⚙).
Clinique gynécologique	CABANES (✻, ⚕, I. ⚙).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Chimie biologique et médicale	ETTORI (A. ⚙).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (I. ⚙, ❀, O.✻).
Hygiène, hydrologie et climatologie	GIBERTON (A. ⚙).
Clinique obstécricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Clinique thérapeutique médicale	LEBON (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (✻, ⚕, I. ⚙).
Anatomie pathologique	MONTPELLIER (I. ⚙).
Pharmacie	MUSSO (✻, I. ⚙).
Clinique psychiâtrique	POROT (I. ⚙).
Physique médicale	PORTES (✻, ⚕, I. ⚙).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (✻, ⚕, I. ⚙).
Anatomie	de RIBET (✻, ⚕, I. ⚙).
Clinique médicale et hygiène infantile.	SARROUY (✻, ⚕).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (✻, ⚕, I. ⚙).
Clinique ophtalmologique	TOULANT (✻, ⚕, I. ⚙).
Physiologie	N...
Médecine légale	N...
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	N...
Bactériologie	N...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (✻, ⚕, I. ⚙).	MM. LEBLANC (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
COURRIER (✻, ⚕, I. ⚙).	WEBER (✻, ⚕, I. ⚙).
PINOY (✻, I. ⚙).	GILLOT (I. ⚙).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. HOUEL (✻, ⚕, I. ⚙), agrégé perennisé (Obstétrique).	M. FERRARI (✻, I. ⚙). Agrégé (Chirurgie).

AGREGE PERENNISE

Histoire naturelle pharmaceutique	ROQUES (A. ⚙).

AGREGES

Obstétrique	MM. JAHIER.
Médecine	LACROIX (A ⚙).
	THIODET (❀).
	N...
Histologie	KEHL (A. ⚙).
Chirurgie	CURTILLET.
	GOINARD.
	SABADINI (A. ⚙).
Anatomie pathologique	N...
Anatomie	N...
Chimie médicale	N...
Physiologie	MONNET.
Pharmacie	N...

AGREGES LIBRES

Physiologie	MM. BATTEZ.
Chirurgie	DUBOUCHER (I. ⚙).

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542710_0016

JE DÉDIE CETTE THÈSE :

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LE DOCTEUR JOSEPH FOUCAUD

Officier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Médecin Consultant à Châtel-Guyon

Secrétaire Général de la Fédération Thermale d'Auvergne

Brutalement enlevé à notre affection. Il fut durant toute sa vie, le médecin praticien, éclairé, consciencieux et droit. Sa carrière ne fut que labeur et dévouement. Il se consacra de toute son âme à la médecine thermale et à la prospérité de nos stations d'Auvergne.

C'est à lui que je dédie ma thèse comme un hommage de respectueuse piété filiale et comme l'achèvement d'un travail entrepris avant sa disparition.

A MA FEMME

Ma modeste, dévouée et fidèle collaboratrice.

A MES FILS : JEAN-MICHEL ET DANIEL

Je forme le vœu que plus tard ils embrassent cette carrière médicale si noble et si riche en satisfactions diverses.

A MA MERE

Je ne pourrai jamais assez la remercier de tout ce qu'elle a fait pour moi. Héritière de nobles traditions morales et familiales, c'est à elle que je dois tout. Elle me sera toujours un exemple de droiture et de dévouement.

Qu'elle veuille bien accepter ce modeste hommage de respectueuse reconnaissance.

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

En hommage affectueux.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LEBON

Officier de la Légion d'Honneur

Doyen de la Faculté

Professeur de Clinique Thérapeutique Médicale

Je ne puis oublier avec quel bienveillant accueil il m'accepta dans son service. Son enseignement et ses conseils me furent d'une grande utilité non seulement au point de vue médical, mais aussi dans des moments pénibles pour moi. Je ne saurais assez l'en remercier.

C'est un grand hommage qu'il me fait de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. GOINARD

Professeur Agrégé

En hommage de respectueuse reconnaissance pour l'accueil qu'il me réserva et les conseils qu'il me prodigua.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. MAIRE

L'extrême bonté de son accueil dans sa consultation de Gastro-Entérologie, et le bienveillant intérêt qu'il témoigna à ce travail, seront pour moi le meilleur des souvenirs.

Je le remercie bien vivement de son enseignement qui me fut si précieux et si utile.

Il restera pour moi un docte enseigneur et le plus cher des amis.

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

PARTICULIÈREMENT A :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale

Hommage respectueux et reconnaissant.

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. CHABROL

Professeur Agrégé

Médecin des Hôpitaux

Je le remercie tout spécialement de m'avoir donné mes premières notions de Pathologie digestive.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance et le souvenir de Celui qui avait tant d'admiration et d'affection pour lui.

A TOUS MES AMIS

LE DOLICHOCOLON

Contribution à l'étude de son traitement par les infiltrations du sympathique Lombaire

Travail de la Consultation de Gastro-Entérologie
de la
Clinique de Thérapeutique Médicale
de la Faculté d'Alger.

INTRODUCTION

Parmi les différents syndromes rencontrés en Gastro-Entérologie, le dolichocôlon occupe une place importante. Entité morbide, d'apparence bien classée, c'est une maladie qui a des répercussions viscérales importantes et nombreuses.

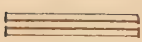
La symptomatologie protéiforme oblige le clinicien à envisager des problèmes difficiles tant au point de vue diagnostic différentiel qu'au point de vue thérapeutique. En Afrique du Nord tout particulièrement et surtout depuis deux ans, on constate une fréquence plus élevée qu'autrefois des syndromes dolichocôliques : soit que l'affection eut été latente depuis de nombreuses années, soit qu'elle se soit manifestée plus brusquement en raison des perturbations et des carences dans les régimes alimentaires.

Sous l'instigation de notre Maître le Professeur Lebon nous avons étudié et suivi à la consultation de Gastro-Entérologie des observations de dolichocôlons en nous attachant plus particulièrement à l'étude des thérapeutiques agissant sur le sympathique : thérapeutique d'infiltrations mise en valeur par les travaux de Leriche. A ce propos, nous tenons dès maintenant à remercier Monsieur le Professeur Pierre Goinard de l'amabilité avec laquelle il s'est mis à notre disposition pour nous aider de ses conseils et nous faire profiter de ses résultats portant sur la chirurgie colique et sur les techniques d'infiltrations de Leriche.

Cependant, à côté de ces techniques modernes,

nous n'avons pas voulu laisser dans l'oubli les résultats obtenus par la cure Hydro-Minérale. C'est pourquoi il nous a paru plus logique d'étudier le dolichocòlon sous la forme d'une revue générale.

Nous avons donc essayé de grouper selon un ordre rationnel les principales manifestations cliniques de cette affection, étude qui nous amenait tout naturellement aux différentes thérapeutiques: médicales, hydro-minérales et chirurgicales.



PLAN

I. — DEFINITION.

II. — ETIOLOGIE.

III. — PATHOGENIE.

IV. — ETUDE CLINIQUE :

a) Signes Cliniques.

b) Formes Cliniques.

c) Complications.

V. — ETUDE RADIOLOGIQUE.

VI. — TRAITEMENTS :

a) Médical.

b) Hydrominéral.

c) Chirurgical.

VII. — CONCLUSIONS.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

Le Dolichocôlon est un état morbide, particulier au gros intestin, pouvant rester longtemps sans manifestations cliniques ; il se caractérise par un allongement du côlon, sans augmentation du calibre.

De nombreux auteurs ont confondu Dolichocôlon et Mégacôlon. Ces deux états, nettement différents, peuvent se trouver associés chez un même malade. Le *Dolichocôlon* intéresse *la longueur*, le *Mégacôlon le calibre*. Le premier implique un côlon trop long, alors que le deuxième caractérise un gros intestin dont la lumière est fortement augmentée.

Comme nous le verrons plus loin, le Dolichocôlon est l'apanage de l'âge adulte. Ceci le différencie de la maladie de Hirschprung, essentiellement infantile qui, en plus d'un allongement, présente une dilatation et un épaississement électif de la musculeuse.

Mais, avant toute chose, il conviendrait de préciser les limites à partir desquelles on peut parler de côlon trop long. Disons tout de suite que cet accroissement porte toujours sur un segment du côlon, le Sigmoïde le plus souvent, et qu'un allongement total est une rareté. D'après les classiques, la longueur non pathologique du gros intestin varie entre 1 mètre et 3 mètres 25 chez l'adulte.

Pour Curchmann, il n'excèderait pas 1 mètre 95. Budberg et Koch donnent 0 mètre 60 pour le Sigmoïde. Le transverse aurait 0 mètre 50 avec des variations de 0 mètre 30 à 0 mètre 80. Pour Trever, Mauclaire et Mouchet, l'ascendant varierait entre 0 mètre 10 et 0 mètre 80. Strauss lui, parle de Dolicosigmoïde si « l'anse atteint la moitié externe de la fosse iliaque droite » ou si « elle décrit de multiples circuits ou anses ».

Ces quelques données nous montrent la difficulté d'évaluer exactement la longueur d'un gros intestin ou d'une de ses portions pour poser le diagnostic de Dolichocôlon.

Il est plus logique de demander à la clinique d'essayer de nous donner une définition. C'est, en effet, la semeiologie qui nous fournit les indications permettant de suspecter cette malformation. La radiographie ne vient bien souvent que pour confirmer le diagnostic et préciser le degré de cet allongement viscéral.

Ainsi comprise, nous considérons avec Chiray. Lomon et Wahl, cette affection comme caractérisée :

Anatomiquement : par un allongement, le plus souvent localisé à un segment du gros intestin presque toujours du côlon gauche d'où résultent des flexuosités, des anses et des coudures anormales.

Cliniquement : par des troubles digestifs variés, dont les plus importants et les plus constants sont la constipation, l'aérocolie et des crises douloureuses d'un type particulier.

Dans une première partie, nous étudierons l'*Etio-*

logie et la *Physiopathogénie* du Dolichocôlon, puis ses *manifestations morbides* avec leurs *complications* et, enfin, *les méthodes employées pour le dépister. La thérapeutique médicale, hydrominérale et chirurgicale* formera la deuxième partie de notre étude.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Les conclusions des différents auteurs qui se sont attachés à l'étude du *Dolichocôlon* concordent presque toutes pour dire que l'on ne naît pas avec un *Dolichocôlon.*

C'est une malformation qui ne se trouve pas réalisée à la naissance. Cela ne veut pas dire que les enfants en sont indemnes ainsi qu'en font foi plusieurs de nos observations. L'individu acquiert son allongement côlique au cours de son existence, allongement qui se produit à la suite de diverses conditions prédisposantes à la base desquelles on retrouve toujours une malformation des mésos-d'accolement ainsi que nous le verrons plus loin.

Quelle est la fréquence de la *Dolichocolie ?* C'est *une question à laquelle il est difficile de répondre, car tout dépend de la longueur limite que se sont fixés les auteurs pour dire s'il y a ou n'y a pas Dolichocôlon.* Dans ses statistiques, BRYANT donne une assez grande fréquence à cette malformation : 14 % sur 242 sujets examinés. Mais nous devons tenir compte que ses examens portent surtout sur des enfants et que chez ces derniers la longueur normale du côlon est plus grande que chez l'adulte. On se basera beaucoup plus sur les statistiques suivantes qui portent sur des malades de tous âges. WHITE donne 4,5 %, KANT 9,2 %, STRAUSS 8 %. Celles

du Docteur Joseph Foucaud, de Chatelguyon, donnent 8,6 % sur 1.500 malades examinés.

Quant au sexe, le masculin semble payer un tribut plus lourd que le féminin. Bensaude donne 19 % d'hommes contre 6 % de femmes.

Certains auteurs, les Américains en particulier, se sont attachés à rechercher s'il n'y avait pas un type morphologique de l'individu qui prédisposerait à cette malformation. Ils ont décrit deux types extrêmes : asthéniques et hypersthéniques.

Dans le type *hypersthenique*, sujet petit, gros, lourdement bâti, le Caecum est haut situé, le descendant droit et long, le côlon pelvien émerge en dehors du pelvis faisant une seule boucle circulaire, le canal anal paraît long, l'ampoule rectale de capacité modérée et tout le côlon est hypertonique. Les incisures haustrales paraissent fines et le transit est rapide.

Dans le type *asthénique*, sujet grand, mince et frêle, le Caecum est atonique, dilaté, souvent bas situé, le transverse tombe très bas, le descendant est allongé. Le Sigmoïde reste entièrement pelvien. L'ampoule rectale est large, le canal anal est court. Tout le côlon paraît atonique, les incisures haustrales sont peu profondes, larges et le transit est lent. Il y a tendance au *Dolichocôlon*, à la stase, aux intoxications.

En réalité, cette schématisation nous paraît excessive, le *Dolichocôlon* est loin d'être plus fréquent chez les ptosiques, les asthéniques, les amaigris.

Chiray montre avec ses observations personnelles qu'il l'observe aussi souvent chez les sujets corpulents à bonnes parois abdominales.

On a également fait intervenir une question raciale. Divers auteurs ont montré que le *Dolicho-*

côlon s'observait d'une manière plus fréquente chez les Slaves que chez les Allemands. Il semble que l'on ne doive pas faire intervenir des raisons ethnologiques. Le mode d'alimentation jouerait un rôle de premier plan.

Tarentzki et Crampe incriminent beaucoup le régime végétarien. Il faudrait peut-être voir, dans ce mode d'alimentation, une cause prédisposante. Pierre Goinard et Toreilles ont constaté à Alger que, sur 23 cadavres indigènes, il y avait 17 *Dolisigmoïdes* — plus de 6 sur 10. Ceci est un fait curieux à signaler, car les Slaves et les Indigènes ont une alimentation semblable dans laquelle les végétaux entrent pour une grande proportion.

Par quel mécanisme cela agirait-il ? La question n'est pas résolue et reste en suspens.

Quant à l'âge d'apparition, il semble plus fréquent chez l'adulte que chez l'enfant. Ceci fait un diagnostic différenciel de plus avec la maladie de Hirschprung. Dans cette manifestation tardive, on peut faire jouer la notion édictée par Bensaude, à savoir : que le *Dolichocôlon* est une malformation pouvant rester longtemps sans signes pathologiques. L'âge exact ne peut donc se préciser d'une façon certaine.

Tout le monde est d'accord pour dire que le côlon gauche est le siège le plus fréquent du *Dolichocôlon*. Ceci tient, en grande partie, à des raisons anatomophysiologiques que nous étudierons plus loin. Par ordre de fréquence décroissante, viennent ensuite le côlon iliaque, l'angle splénique et la portion terminale du transverse. Le côlon droit est très souvent indemne. Quant au transverse, Lardennois et Aubourg le mettent en parallèle avec le côlon gauche mais là, il faut faire intervenir une

notion de côlon ptosique qui peut prêter à confusion sur la longueur exacte de l'allongement.

Le *Dolichocôlon,* comme nous l'avons dit plus haut, est fréquemment associé à d'autres syndromes digestifs. Chiray montre la fréquence des lésions en amont : péricolite droite, stase coecale avec atonie, ptose et dilatation du caecum, brides de Lane au niveau de l'angle iléo-coecal. C'est une notion qui est à retenir car il est fréquent d'observer une régression de la *Dolichicolie* chez les constipés auxquels on redonne un transit intestinal normal. Des lésions intestinales situées en amont, entraîneraient donc un trouble colique se traduisant par un allongement régressible d'un segment du côlon. Ceci pourrait peut-être expliquer cette fréquence des *Dolichocôlons* chez les Indigènes nord-africains. Nous avons remarqué, à la consultation de gastro-entérologie, qu'une grande proportion de ces malades se présentait à nous avec des phénomènes intestinaux variés : périviscérites, syphilitiques ou autres et surtout colites, dues à leur alimentation riche en féculents : farine, semoule, couscouss.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Les causes réelles de l'allongement du côlon sont encore, à l'heure actuelle, soumises à de nombreuses hypothèses. Toutes semblent jouer un rôle plus ou moins prépondérant, aussi est-il difficile d'en exclure une en faveur des autres.

Les différentes théories peuvent se classer en deux groupes : les *théories anatomiques* qui considèrent cette affection comme congénitale et les *théories physiopathologiques* qui en font une conséquence de certains troubles du transit intestinal ou d'un disfonctionnement neuro végétatif.

Parmi les premières, nous en retiendrons deux intéressantes :

L'une attribue le dolichocôlon à un trouble de la vie intra-utérine. Il y aurait une anomalie de fixation consistant surtout dans la persistance d'un méso au niveau d'un segment normalement fixé. L'accroissement trop rapide d'une partie du mésocôlon pourrait empêcher la fixation et expliquerait en même temps l'allongement excessif de l'anse correspondante.

L'autre théorie invoque la persistance chez l'adulte d'une disposition normale chez l'enfant.

Chez ce dernier, à la naissance, la longueur du côlon et en particulier du côlon sigmoïde, se trouve

être proportionnellement beaucoup plus considérable que chez l'adulte. Si bien que le dolichocôlon de l'adulte serait dû à la persistance de cette disposition infantile.

Les théories physio-pathologiques considèrent cette affection comme secondaire à des troubles du transit intestinal ou même à des inflammations coliques. Marfan attribuerait ces allongements à des troubles digestifs. Lane et Robin admettent que la stase intestinale chronique peut le déterminer. Hypothèse qui se trouverait vérifiée car certains dolichocôlons sont susceptibles de régresser par la cure de constipation. Zorzi l'attribue à la colite jointe à la constipation. Lardennois et Aubourg invoquent la colite qui d'ailleurs manque souvent dans les dolichocôlies ou se produit secondairement.

En résumé, aucune de ces théories n'est suffisante pour expliquer à elle seule la pathogénie du dolichocôlon. Il semble, d'après les conceptions modernes, que ce dernier serait dû à des causes prédisposantes d'ordre anatomique et physio-pathologique. La soudure plus ou moins complète à la paroi et la hauteur variable des mésocôlons, ont un rôle dans le développement du dolichocôlon. C'est-à-dire dans la façon dont se plisse ou se coude un côlon trop long. C'est à la faveur de ces dispositions anatomiques particulières que peuvent se produire, dans certains cas, des allongements pathologiques.

Les troubles du transit jouent un grand rôle : la constipation en particulier. Chiray accorde une grande importance aux troubles des fonctions motrices du côlon. Leriche va plus loin en disant que le dolichocôlon fait penser à une cause générale, à un *disfonctionnement du système nerveux*

végétatif. Il accuse l'innervation extrinsèque relevant du sympathique inhibiteur aussi bien des fibres circulaires que des fibres longitudinales. Ce sont les principes de la théorie neurorogène du dolichocôlon.

Les expériences des physiologistes ont montré que l'excitation du X amène, chez l'animal, de fortes contractions coliques ainsi qu'un relâchement du sphincter anal, l'excitation du sympathique, au contraire, suspend l'activité des deux couches musculaires de l'intestin et fait contracter le sphincter anal. De plus, les nerfs splanchniques contiennent des fibres sensitives, centripètes, inhibitrices, si bien que la distension brusque d'une portion quelconque de l'intestin provoque tant en amont qu'en aval un réflexe inhibiteur. Adamson et Aird en 1932, ont réussi à reproduire le mégacôlon chez l'animal par la section des nerfs d'Eckard (énervations parasympathiques) et ont ramené ensuite le côlon à son volume normal en sectionnant les deux sympathiques lombaires. Quelques années auparavant, Hunter, sur des animaux paralysés ayant perdu le tonus et les mouvements péristaltiques de l'intestin, avait pu rétablir le côlon normal des matières en sectionnant les deux sympathiques lombaires.

Dans cette expérience, la suppression du rôle inhibiteur du sympathique permet à l'intestin de fonctionner par son propre automatisme.

Certains faits cliniques viennent corroborer ces expériences physiologiques qui ont été reprises et développées par nombre d'expérimentateurs. La co-existence avec un mégacôlon d'un mégarectum, d'une mégavessie de mégauretères ne peut s'expliquer que par une hypertrophie des tuniques musculaires de ces organes produite par une cause com-

mune : l'hyper fonctionnement de leur innervation commune sympathique.

Ainsi, le mégadolichocôlon, car on ne doit pas séparer raisonnablement l'origine de ces deux affections, serait dû à un déséquilibre entre les deux systèmes antagonistes innervant l'intestin, déséquilibre à prédominance sympathicotonique.

Cette hypersympathicotonie peut créer des déformations coliques, soit par actions sur le segment intestinal par inhibition du péristaltisme et du tonus, soit par spasmodicité du sphincter anal.

Dans la première hypothèse, l'intervention logique consiste à sectionner les fibres sympathiques inhibitrices, libérant ainsi l'action motrice du système parasympathique. Dans la seconde hypothèse, il est logique de s'adresser directement au sphincter en état de contracture permanente, d'où la technique des sphinctérotomies.

L'origine de cette hypersympathicotonie reste incertaine dans la plupart des cas ; elle peut être provoquée par des mécanismes divers à point de départ central, périphérique ou local.

On peut encore invoquer comme dans nombre d'affections d'origine indéterminée en s'appuyant sur des faits cliniques, un trouble d'une glande à sécrétion interne ou bien une avitaminose. L'origine congénitale serait expliquée, pour certains auteurs et en particulier pour Pressler, par une persistance anormale de la suractivité de l'organe de Zuckerkandt, paraganglion préaortique.

Quant à l'avitaminose, il semble, d'après les auteurs brésiliens, que la vitamine B1 antinevritique, entrerait en ligne de compte dans la pathogénie de cette affection. Comme l'a fait remarquer Le Riche, le système neurovégétatif est très sensible à la privation de vitamine B1. Cette dernière

notion ouvrirait un chapitre thérapeutique tout à fait nouveau.

Nous signalerons un fait remarqué par le Docteur Joseph Fouchaud et qui est la corrélation existant entre les lombalgies et certaines sciatiques, d'une part, et les dolichocôlons, d'autre part. Le rétablissement d'un transit intestinal normal entraîne une sédation des névralgies. Les troubles du sympathique entraîneraient toute une gamme de morbidités dont le dolichocôlon et les lombalgies sciatiques en seraient quelques manifestations cliniques.

Enfin, on a recherché pourquoi l'allongement colique se localiserait avec une prédilection toute particulière sur le côlon gauche beaucoup plus souvent que sur les autres segments coliques. La physiologie, indépendamment des raisons anatomiques vues plus haut expliquerait en partie ce fait. *Le colon droit* est un lieu de *stagnation* et les aliments y subissent une dernière digestion. Ses parois sont faites pour être distendues. *Le gauche,* au contraire, est un *lieu de passage* se laissant beaucoup moins distendre mais, par contre, pouvant subir de notables allongements.

Nous venons de voir que la pathogénie du dolichocôlon est encore fort obscure. Si quelques théories nous apportent des éclaircissements, la lumière totale est loin d'être réalisée. Si des auteurs ont obtenu des résultats thérapeutiques satisfaisants en traitant une cause imputable de la production du dolichocôlon, il en reste néanmoins bien vrai que beaucoup ne sont influencés par aucun traitement. Ceci nous amène à conclure que les théories pathogéniques que nous venons d'exposer, si elles expliquent la formation de certains dolichocôlons, une partie de ces derniers a encore une origine méconnue.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

a) Les signes cliniques

Avant d'aborder l'étude clinique du Dolichocôlon, il importe de rappeler une notion importante mise en évidence par Bensaude. Cet allongement du côlon peut, pendant fort longtemps, ne déterminer aucun trouble, il est alors une découverte d'examen. Des individus peuvent arriver à un âge avancé sans être inquiétés le moins du monde par cette anomalie colique et c'est, soit une complication, soit une autre affection abdominale qui décèle la Dolichocôlie. Ce sont là des éventualités peu courantes mais qui méritaient d'être signalées.

Il est difficile d'établir un rapport étroit entre les signes cliniques du Dolichocôlon et les lésions coliques. Telle forme ne se manifestera que par une constipation plus ou moins rebelle, telle autre, par une aérocolie, voire par un simple écoulement glaireux de l'anus. Pour la netteté de l'exposé, nous prendrons comme thème de description la forme douloureuse avec aérocolie qui nous semble être la plus typique et la plus courante. Les autres manifestations, plus rares, seront rangées dans les formes cliniques.

Le Dolichocôlon douloureux avec aérocolie a un début insidieux. Le signe majeur en est la constipation, d'apparition plus ou moins tardive, d'évo-

lution plus ou moins rapide. Parfois, ce sont des troubles digestifs mal caractérisés, une fatigue générale ou des crises douloureuses sans siège fixe qui mettent sur la voie d'un Dolichocôlon.

A la période d'état, une triade symptômatique caractérise le tableau clinique : la constipation, l'aérocolie et les crises douloureuses abdominales.

La Constipation. — Elle en est le signe principal, le maître symptôme. Mais toutes les constipations ne sont pas symptômatiques d'un Dolichocôlon. C'est en analysant les caractères particuliers de cette stase intestinale que l'on s'orientera vers le diagnostic de côlon trop long.

Rarement elle apparaît dans l'enfance et bien qu'excellent, ce signe se rencontre très peu. C'est alors une constipation soit très marquée — 4 à 8 jours sans selle, soit intermittente. Le plus souvent, elle apparaît à l'âge adulte ou va en s'accentuant progressivement si elle est ancienne. Dans ces cas, le début est marqué par l'absence de tout autre trouble. Cette constipation est monosymptômatique et ce n'est que tardivement qu'apparaissent les crises douloureuses. Un autre caractère important est sa résistance aux moyens habituellement employés pour combattre cette stase intestinale. Elle ne cède ni aux laxatifs ni aux purgations mêmes énergiques. Par contre, les lavements haut portés en viennent à bout et il faut signaler la remarquable tolérance de ces côlons aux lavements très abondants.

Un signe bien particulier du Dolichocôlon est la sédation temporaire de la constipation à la suite de secousses prolongées. Ces malades, après un voyage en chemin de fer ou en automobile ont, à l'arrivée, une selle très abondante. C'est un carac-

tère qui, joint à la tolérance non douloureuse de la stase colique, permet de différencier la constipation du Dolichocôlon de la constipation spasmodique.

Tous ces symptômes sont rarement réunis. On n'en rencontre le plus souvent que quelques-uns et leurs diverses combinaisons donnent des types variables. La constipation peut avoir un caractère nettement paroxystique et à une période de selles régulières, succèdent 8-10 jours sans exonération. D'autres fois, elle est intermittente et n'apparaît qu'au moment des crises douloureuses. Aussi, en présence d'une constipation présentant des caractères particuliers, devra-t-on toujours pratiquer un lavement baryté qui, dans la plupart des cas, révèlera un dolichocôlon.

L'Aérocolie. — Elle est, après la constipation, le signe le plus constant. Se manifestant surtout par du ballonnement et du météorisme, elle apparaît à n'importe quel moment, ce qui la différencie du ballonnement post-prandial des aérophages. Sa concordance avec des périodes de stase intestinale est un caractère très important qu'il faut bien faire préciser au malade. Elle est souvent sous-ombilicale mais son siège n'est pas fixe et peut affecter n'importe quelle partie du côlon. L'aérocolie correspond en général à l'anse allongée, mais c'est encore là un caractère variable car on rencontre fréquemment des aérocolies siégeant en amont et même en aval de cette anse.

La palpation fait percevoir à la main une sensation de résistance plus ou moins élastique, difficilement dépressible : c'est le classique signe de l'édredon. On peut, dans une aérocolie moyenne, sentir un côlon souple non spasmé et non doulou-

reux. Parfois, on note une dilatation colique droite avec des zônes plus ou moins sensibles : au niveau du coecum, de l'épigastre et de la fosse iliaque gauche.

La percussion permet parfois de dessiner l'anse distendue mais souvent il existe des zônes sonores correspondant à d'autres portions du côlon.

Un symptôme à signaler est celui de la colique gazeuse. Ce sont de petites crises douloureuses siégeant dans la partie gauche de l'abdomen et non suivies d'évacuations gazeuses. Le malade a la sensation de quelque chose qui se déplace, sans aboutir à une exonération.

Quant à la nature de ce ballonnement, différentes théories ont été émises. Colites de fermentation disent les uns et, cependant, le dosage des acides de fermentation pratiqué chez ces malades, donne des résultats non concordants. Les autres invoquent un obstacle siégeant en aval. Chiray donne une autre explication : au niveau de l'anse allongée, l'absorption serait très diminuée d'où accumulation des gaz de la fermentation normale. Ce trouble serait lié soit à une altération de la muqueuse, soit à des troubles vasculaires, coudures ou torsions des vaisseaux au niveau du mésentère.

Enfin, dernière explication, cette rétention gazeuse serait dûe aux coudures coliques. Les anses se comprimeraient les unes aux autres. Cette théorie expliquerait les distensions gazeuses se produisant dans les divers segments du tractus intestinal.

Les Crises douloureuses. — Elles apparaissent tardivement dans l'évolution du Dolichocôlon. Quelques fois, ce sont des douleurs irrégulières, peu intenses, localisées ou généralisées et n'ayant aucun caractère paroxystique.

Les vraies crises douloureuses sont, par contre, d'une extrême fréquence. Leurs caractères sont assez variables. A leur degré le plus atténué, elles se réduisent à des accès de constipation brusque plus accentués que les autres et surtout s'accompagnent d'une douleur fixe en un point. D'autres fois, au contraire, elles constituent des grandes crises à type de subocclusion.

On trouve rarement une cause déclanchante à ces crises. Elles surviennent d'une façon inopinée et à un moment quelconque. Leur horaire n'a aucune fixité et cette irrégularité a son importance car elle permet d'éliminer certains syndromes gastriques.

Les crises sont très rarement précédées de prodromes. Parfois on note une exagération de la constipation, rarement c'est une fatigue vague ou des malaises.

Le début est le plus souvent très brusque, brutal même. Il se fait par des douleurs abdominales, augmentant très vite, intenses avec sensation de torsion, état nauséeux, coliques très violentes et parfois pertes de connaissance. Le siège de la douleur est très variable. Tantôt il est bien déterminé, très précis, dans la partie supérieure de la fosse iliaque gauche, voire au niveau du cæcum. D'autres fois, c'est une zône, une barre transversale susombilicale, parfois même diffuse dans tout l'abdomen avec sensation de torsion des viscères.

Pendant la crise, les douleurs persistent, continues mais avec des paroxysmes. Si elles sont localisées, leur siège reste au même point fixe ; si elles sont diffuses, elles gardent leur même caractère, de crampes, de torsion, mais sans irradiations dans les deux cas.

Au moment de ces crises douloureuses, l'état général est peu altéré. L'abdomen est plus ballonné que normalement. La palpation montre une zône sensible ne correspondant pas forcément à la région spontanément douloureuse.

Généralement on ne trouve pas de contractures et c'est là un signe très important. La palpation de l'abdomen peut entraîner une certaine réaction de défense des muscles de la paroi qu'il ne faut pas confondre avec une contracture véritable.

On note un arrêt des matières et des gaz. Cependant, dans la majorité des cas, il reste incomplet. On a quelques émissions gazeuses rassurantes pour le clinicien. Les vomissements sont exceptionnels. La fièvre n'existe pas.

Chez l'enfant la forme est un peu différente. Elle s'accompagne très souvent de vomissements et de température.

Quant à l'évolution nous devons distinguer deux types différents : les crises légères et les crises intenses et prolongées. Elles se différencient par l'intensité des phénomènes subocclusifs, la gravité apparente des signes généraux et la durée.

Dans les crises légères, on n'a jamais l'impression de phénomènes très alarmants. Brusquement, la douleur apparaît plus ou moins vive, l'abdomen se ballonne, l'arrêt des matières et des gaz n'est jamais complet. L'état général reste bon. Ceci persiste quelques heures, une nuit, une journée au plus. Il n'y a ni vomissements ni nausées sauf chez l'enfant. La crise se termine par une émission abondante de gaz, parfois par une selle. Le malade éprouve parfois une sensation de détorsion. Dans certains cas, les douleurs disparaissent progressivement sans autres phénomènes. Pendant quelques

temps, il persiste un certain endolorissement de l'abdomen et tout rentre dans l'ordre jusqu'à la prochaine crise.

Les crises intenses et prolongées revêtent un aspect plus impressionnant mais l'évolution n'en est pas moins bénigne. La douleur est plus forte, ne laissant guère de répit au malade. Presque toujours, il y a des vomissements, le faciès est altéré, les traits tirés, le teint plombé. Le ballonnement devient énorme, rendant impossible la palpation de l'abdomen. La durée est plus longue, plusieurs jours parfois. La crise se termine par une véritable débâcle de selles parfois très fétides.

Quelque soit l'intensité des crises, elles se répètent à intervalles variables. Au cours de l'évolution du Dolichocôlon, elles ont tendance à se rapprocher et le malade est sujet à une alternance plus ou moins bien dosée de crises légères et de crises intenses.

Symptomes secondaires de la forme douloureuse banale

Au cours de l'évolution de cette forme typique on peut voir survenir des symptômes qui occupent une place importante dans d'autres formes. Une atteinte de l'état général, des troubles dyspeptiques, du subictère, une légère élévation thermique.

Bensaude signale un écoulement glaireux anal, blanchâtre ou claire, fluide et inodore.

Lian et Joannon ont noté des troubles cardiaques dûs à l'aérocolie : palpitations, gêne respiratoire, angoisse.

L'évolution de cette forme est longue et se compte par dizaines d'années. L'allure générale de la

maladie peut se schématiser en trois périodes. La première est celle de la constipation monosymptômatique. Puis surviennent, dans une deuxième période, des crises douloureuses qui s'échelonnent sur de nombreuses années. Les crises se rapprochent et on arrive ainsi à la troisième période dite des complications. On a alors des syndromes hépatiques et colitiques qui prennent la première place posant au clinicien de délicats problèmes de diagnostic.

b) Les formes cliniques

Les formes cliniques sont surtout des formes symptômatiques, c'est-à-dire caractérisées par la prédominance de certains symptômes. Il est d'ailleurs presque toujours possible dans ces cas de retrouver par un examen attentif le syndrome habituel qui est plus ou moins masqué par les signes anormaux.

Forme colitique. — Le Dolichocôlon semble rester latent jusqu'à l'apparition brutale de troubles colitiques. La constipation est remplacée par une diarrhée vraie, continuelle, affaiblissant le malade. Les signes de colite sont intenses. L'examen des selles montre presque toujours une colite de fermentation avec pH acide. Les troubles de l'état général sont toujours marqués.

Forme dyspeptique. — Les malades se présentent au clinicien comme des gastriques. Tantôt ce sont de simples troubles dyspeptiques qui les amènent à consulter : malaises postprandiaux, aérophagie, nausées ou vomissements, fétidité de l'haleine. Tantôt les troubles sont plus caractérisés et font pen-

ser à un ulcère duodénal. C'est une forme que nous avons observée à la consultation de gastro-entérologie de notre Maître le Professeur Lebon. Nous en verrons d'ailleurs un exemple plus loin dans une de nos observations. Lorsque nous examinons ces malades à la radioscopie, nous sommes frappés et par la fréquence et par l'importance de l'aérocolie qui bien souvent va de pair avec une aérogastrie. Le côlon est distendu par ces gaz accumulés dans la plupart des cas au niveau de l'angle splénique. Ils compriment l'estomac lui donnant les aspects les plus divers. Ce sont eux qui sont à la base de ces troubles dyspeptiques variés.

Mais en dehors de la radioscopie nous devons penser au Dolichocôlon quand nous nous trouvons en présence d'un gros météorisme abdominal permanent et s'accompagnant de douleurs plus ou moins paroxystiques. En dehors de deux signes particuliers du Dolichocôlon : l'intolérance paradoxale du côlon et la fétidité de l'haleine. C'est surtout l'absence d'évolutions cycliques et périodiques, nettement tranchées comme dans les syndromes ulcéreux où on arrive à illustrer l'évolution par un schéma de Guttmann qui aidera à faire le diagnostic.

Forme hépato-vésiculaire. — Il s'agit surtout d'un syndrome qui complique certaines formes cliniques du Dolichocôlon. Ceci s'explique par le fait que les affections intestinales retentissent plus ou moins sur le système hépato-vésiculaire. Les signes sont intermittents, survenant le plus souvent après les crises douloureuses et se traduisant par un léger subictère avec un point douloureux vésiculaire. Tantôt au contraire c'est de façon prolongée que s'établissent les symptômes de la série hépatique :

nausées, vertiges, subictère allant parfois jusqu'à l'ictère franc et surtout prurit.

Forme entéro-rénale. — Comme dans toutes les stases intestinales, la pyélonéphrite peut compliquer le Dolichocôlon. On a les signes habituels d'une affection rénale et rien n'attire l'attention sur l'intestin. Seul l'examen radiologique met sur la voie de la vérité. Cette forme est rare dans le Dolichocôlon, fait paradoxal, vu la fréquence des troubles vésico-rénaux au cours des colites simples.

Forme avec signes de rectite. — Cette forme a été signalée par Bensaude et Olivier Monod. Le signe prédominant en est cet écoulement glaireux dont nous avons parlé antérieurement. Cet écoulement est d'ailleurs indépendant de toute lésion rectale, la muqueuse n'offrant aucun aspect pathologique à l'examen rectoscopique.

Forme de l'enfant. — Marfan signale le Dolichocôlon comme très fréquent chez l'enfant. Mais pour les raisons vues plus haut, il est difficile, chez eux, de poser le diagnostic de côlon trop long.

Nous devons y penser quand les parents viennent consulter pour leur enfant, de 5 à 8 ans, en général qui a « un gros ventre ». A l'examen on est frappé par la disproportion existant entre cet abdomen ballonné et la corpulence de l'enfant. Ses selles sont fréquentes (3 à 4 dans la journée) sans diarrhée, moulées, volumineuses et dont l'exonération ne dégonfle pas l'abdomen. Cet enfant a, en plus de la fièvre, un mauvais état général, parfois de l'acrocyanose. Le ventre est ballonné dans son ensemble, douloureux sans défense localisée. On se trouve très souvent en présence d'un syndrome

alarmant qui cède rapidement dès l'exonération provoquée.

Un lavement baryté montre à coup sûr un Dolichocôlon s'accompagnant très souvent de mégacôlon. C'est une forme bien particulière qu'il convient de connaître, car ces dolichocoliques ne sont pas des constipés. Seules l'aérocolie et l'abondance de ces selles doivent faire penser au diagnostic.

Forme familiale. — Elle est admise par BENSAUDE à la suite d'une observation où le père et les enfants se trouvèrent porteurs de Dolichocôlon. Ces cas sont exceptionnels mais non impossibles et peuvent s'expliquer par une transmission de père à fils d'une malformation des mésos ou d'un trouble dans le développement de la musculature colique.

c) LES COMPLICATIONS

L'étude clinique du Dolichocôlon ne peut être complète que si l'on donne une place importante aux complications. D'ailleurs, souvent en clinique, c'est au cours d'une de ces complications que l'on fait le diagnostic de Dolichocôlon. La maladie restant torpide pendant de nombreuses années, peut se manifester bruyamment par un syndrome brutal et parfois grave nécessitant une thérapeutique d'urgence.

Les complications du Dolichocôlon sont de plusieurs ordres :

1° *Mécaniques :* le Volvulus.

2° *Inflammatoires :* les colites, les sigmoïdites et les périsigmoïdites suppurées.

3° *Mixtes :* les périviscérites et la mésosigmoïdite rectratile, le processus mécanique et inflammatoire co-existant pour déterminer les lésions.

4° *Complications vasculaires :* les hémorragies.

5° *Complications à distances :* les gastrites secondaires, les insuffisances hépatiques, les lésions rénales, processus faciles à interpréter du fait d'une abondance de toxines en réserve dans un Dolichocôlon.

Nous allons étudier successivement ces différentes complications.

1° Le volvulus

Il est déterminé par la torsion d'une anse intestinale autour de son mésentère. Particulièrement fréquent dans les pays Slaves et Balkaniques, il est très rare en France quoique le Dolichocôlon y soit commun. Le côlon sigmoïde est de beaucoup le plus fréquemment atteint ; c'est même à lui seul que l'on doit réserver le terme de volvulus. Les autres segments du côlon ne présentent que des crises de subocclusion sans lésions anatomiques. Ceci est dû à ce que le tractus colique est fixé sur toute sa longueur et que seul le sigmoïde est mobile.

Pour que le volvulus se produise, il faut admettre la nécessité d'une anse sigmoïde anormalement longue. D'après Potain, Forgue et Aglave, deux conditions sont nécessaires à sa production. Ce sont d'une part, la longueur de l'anse sigmoïde et de son méso et, d'autre part, l'étroitesse de ce méso, en particulier de son pied.

La crise elle-même surviendrait à l'occasion d'un effort quand existe une réplétion excessive du côlon pelvien par les matières. L'anse inégalement alourdie pivoterait sur elle-même dans le sens de la plus grande charge d'après Forgue. Pour Laurell, il s'agirait plutôt d'une réplétion par les gaz favorisant la torsion, lors d'un déplacement du corps.

Les anses longues, à méso long, sont toujours sujettes à se tordre brusquement et cela d'autant plus facilement que se trouve réalisée la double condition de pieds rapprochés par la mésentérite rétractile et d'anse dont la masse dilatée et encombrée de matières pend comme un « fruit lourd à une tige trop frêle » (Bensaude).

Le volvulus de l'anse sigmoïde apparaît comme une occlusion basse, aiguë dont le diagnostic peut être soupçonné si l'on a des notions de crises antérieures de subocclusion. Cette torsion est toujours précédée de prodromes qui caractérisent ce que Roux de Lausanne appelle la phase médicale du volvulus. Ces symptômes prémonitoires sont identiques à ceux que nous avons décrits comme caractérisant le Dolichocôlon. Ce sont la constipation, le météorisme, les poussées douloureuses, parfois même les petites crises subocclusives qui cèdent spontanément.

Quand le volvulus se produit, le malade est pris brusquement d'une douleur siégeant dans la partie gauche du bassin. Elle est en réalité obtuse sans grande valeur localisatrice, de peu de valeur diagnostique et vite étendue à tout l'abdomen. Ce qui est important c'est l'arrêt total, absolu, précoce, des matières et des gaz. Il n'y a pas de vomissements, guère de signes généraux. C'est de l'examen physique, de sa pratique méthodique et précoce que va découler la possibilité du diagnostic. On ne sau-

rait trop insister sur son extrême difficulté, les signes de quelque valeur étant fugaces, vite masqués par le météorisme général. On peut voir un ballonnement localisé, asymétrique, oblique de l'hypocondre droit vers la fosse iliaque gauche, vite remplacé par une distension généralisée. On peut percevoir une tuméfaction étendue, légèrement douloureuse, fixée, sans mouvements péristaltiques, tympanique. Au toucher rectal, parfois à bout de doigts, on sent un œdème de la muqueuse ou bien une tuméfaction vague bombant dans le rectum qui est large et dilaté.

L'évolution est parfois plus irrégulière, moins aiguë que celle qui vient d'être esquissée, mais elle n'en reste pas moins grave et rapide, car la détorsion spontanée constitue une exception.

Le volvulus est donc une complication grave qu'il convient de traiter rapidement et seule la chirurgie en est le traitement.

2° Les colites

Ce sont les affections qui compliquent le plus souvent le Dolichocôlon. Chiray et notre Maître Lebon, dans leur rapport sur le Congrès des colites à Plombières insistent particulièrement sur le fait que la colite marque le début des manifestations cliniques au cours du Dolichocôlon. C'est un fait d'observation courante et qui soulève l'étonnement des malades, voire des médecins, que le Dolichocôlon, maladie congénitale ou datant de la première enfance, puisse rester pendant vingt, trente ou quarante ans complètement muet au point de vue symptômatique, ou se manifester seulement pendant cette longue période par une constipation opiniâtre et un météorisme gênant.

Les colites reconnaissent comme origine les causes générales de toute colite chronique avec cette note particulière que la malformation crée sans doute une prédisposition particulièrement favorable.

Au point de vue clinique, le trait dominant est le remplacement de la constipation par de la diarrhée. La diarrhée colitique est tantôt persistante, tantôt intermittente, évoluant sous forme de débâcle accompagnée de colique, de nombreux gaz, voire de vomissements. Ces débâcles alternent avec des périodes de constipation. Les selles sont tantôt de couleur normale, tantôt décolorées, plus rarement glaireuses ou sanguinolentes ou même contenant du mucopus. Parfois la diarrhée atteint une telle intensité que la nuit on a des émissions involontaires. Cette diarrhée est exagérée par certaine variété d'aliments. Pour les uns ce sont les farineux, pour les autres les légumes verts : haricots verts ou petits pois qui sont rendus tels qu'ils ont été ingérés. Etudiée chimiquement, cette diarrhée montre toujours une forte acidité de fermentation, 20, 25, 30 alors que la normale est de 12 à 14 environ. Il s'agit d'une colite acide, irritante pour l'intestin et par conséquent spasmogène.

D'autres fois, la colite se révèle par des spasmes avec une alternative de constipation et de diarrhée. Dans ces cas, le bloquage des gaz apparaît comme le symptôme caractéristique du Dolichocôlon colitique. Il s'accumule au-dessus des zônes spasmées entraînant des crises douloureuses. Il détermine, non seulement des crises douloureuses intestinales mais toute une série de malaises plus ou moins pénibles plus ou moins bien définis. C'est le conflit gastro-colique de Loeper et Baumann, ou le conflit cardiocolique. Ce dernier n'en est pas moins typique par la sensation d'an-

goisse, les tachycardies, les extra-systoles que provoque la compression du cœur. Il existe quelquefois aussi un conflit cholécysticocolique qui en impose pour des crises vésiculaires du fait de la compression de la vésicule par une pneumocolie droite.

Ces colites de fermentation au cours du Dolichocôlon semblent à l'heure actuelle être en augmentation. A la consultation de gastro-entérologie nous en découvrons beaucoup plus que ces dernières années. Nous devons peut-être incriminer les restrictions actuelles qui nous obligent à pratiquer un régime hyperféculent et fortement carencé en matières grasses.

L'évolution de la colite du Dolichocôlon est toujours longue et se fait surtout sous la forme de crises durant deux à trois semaines et d'autant plus fréquentes que la colite est plus accentuée. Il faut des mois pour arriver à une guérison d'ailleurs souvent instable. Parfois l'évolution est coupée par des complications vésiculaires (cholécystite non lithiasique) ou rénale (pyélite ou pyélonéphrite colibacillaire) qui ajoutent par elles-mêmes un élément douteux avec de la fièvre et compliquent infiniment le diagnostic.

Nous avons placé ce chapitre des colites dans les complications pour les commodités de l'exposition de ce travail. Mais nous tenons à signaler que cet élément de colite est capital dans les manifestations du Dolichocôlon, voire dans sa genèse. Ne pourrait-on admettre par ce fait le nombre important de Dolichocôlons chez l'indigène Nord-Africain soumis dès l'enfance à une alimentation hydrocarbonée bien différente de celle observée dans la Métropole. Ces malades indigènes arrivent au Dolichocôlon tout naturellement par

cette colite chronique qui passant inaperçue dans l'enfance et l'adolescence se manifeste à l'âge adulte par des Dolichocôlons parfois considérables.

3° Les sigmoidites et perisigmoidites aigues

Nous ne ferons que les citer ainsi que les périsigmoïdites suppurées. Ce sont des complications d'une extrême rareté que l'on ne rencontre en pratique pour ainsi dire jamais.

Elles se caractérisent par les mêmes signes que la colite mais on a en plus des douleurs de la fosse iliaque gauche, des phénomènes d'occlusion et souvent de la température.

Leur origine dolichocôlique est d'ailleurs fort discutée. Pour la plupart d'entre elles la diverticulose est leur point d'origine. Reste à savoir si elles sont une complication réelle du Dolichocôlon ou si, favorisées par la stase colique, elles se rencontrent dans toutes les morbidités s'accompagnant de constipation, le Dolichocôlon en particulier.

4° Les adhérences et la péricolite plastique

Les adhérences peuvent se développer sur différents points du côlon et compliquer le tableau clinique propre au Dolichocôlon. Elles peuvent siéger sur le côlon droit et sont alors consécutives à une appendicite, une péritonite ou une épiploïte évoluant de pair avec le Dolichocôlon. Quelques fois, on les trouve sur l'anse anormale qu'elles fixent dans une mauvaise position telle que coudure ou accollement en canon de fusil. Il s'agit alors de lésions inflammatoires dont l'origine peut être absolument étrangère au Dolichocôlon. Il est toute-

fois probable que de temps à autre, la stase au niveau de l'anse trop longue, les coudures à répétition, les compressions ou les torsions vasculaires, et la colite chronique favorisée par différents troubles mécaniques, prennent une part importante à la production de ces adhérences.

Quant aux manifestations cliniques de ces adhérences, elles sont peu nettes. Parfois, on constate une douleur plus fixe, permanente du côté gauche, surtout marquée après la défécation. Le signe le plus important est en somme la résistance de ces troubles à une thérapeutique médicale longtemps poursuivie.

5° La mésosigmoidite retractile

Elle coude l'S iliaque et en rapproche les deux pointes extrêmes. Le mésocôlon se montre épaissi, rétracté et l'anse sigmoïde dilatée par gêne d'évacuation. Il semble que cette mésosigmoïdite reconnaisse une origine inflammatoire.

Les manifestations cliniques sont souvent latentes ou se manifestent par les signes analogues à ceux du Dolichocôlon, qu'elle complique. On lui attribue comme symptômes la constipation progressive et marquée, les crises douloureuses de subocclusion cédant aux irrigations rectocoliques. Son importance vient surtout du fait qu'elle précède la production du volvulus de façon presque constante.

6° Complications vasculaires

Elles sont beaucoup plus importantes, constituées par du sang rouge survenant après une crise douloureuse.

D'autres fois, c'est un moelena abondant ou de grandes pertes sanguines qui, quand elles sont répétées, peuvent entraîner une anémie dont il faut rechercher la cause intestinale. Ces pertes de sang s'expliquent par la congestion des veines sigmoïdiennes ou rectales et sont à l'origine de beaucoup de moelénas que l'on recherchera en clinique en dehors des ulcus ou des néos.

7° Les complications a distances

Elles découlent tout naturellement des intoxications produites au cours du Dolichocôlon. Nous les avons étudiées dans les chapitres précédents.

Cette énumération didactique des complications du Dolichocôlon ne correspond guère à ce que l'on rencontre dans la pratique courante. En clinique on voit surtout des malades qui souffrent ou qui ont des selles pâteuses. Leur vie est troublée par cette préoccupation constante d'aller à la selle. Ils explorent toutes les méthodes possibles d'exonération et, malgré les selles qu'ils ont bien du mal à avoir, conservent un ventre douloureux.

De toutes ces complications la plus fréquente est la colite. Le malade s'adressera au clinicien parce qu'il souffre beaucoup plus que pour sa constipation. Les autres complications inflammatoires sont plus livresques que réelles. Quant au volvulus et aux hémorragies s'ils sont moins fréquents que la colite ils sont tout de même loin d'être des raretés.

CHAPITRE V

ETUDE RADIOLOGIQUE

Nous venons de voir combien est délicat le diagnostic de Dolichocôlon par la clinique seule. Cette dernière ne fournit que des présomptions et la certitude ne peut être apportée que par un examen radiologique.

Différentes épreuves peuvent être pratiquées : la radioscopie sans préparation, le transit d'un repas opaque, le lavement baryté, l'insufflation. Nous parlerons également dans ce chapitre d'un examen qui, quoique totalement différent de la radiographie, peut donner quelques renseignements : la rectoscopie.

Aspect radiologique du Dolichocôlon sans préparation spéciale.

La répartition des gaz intestinaux dans l'abdomen, la façon dont s'effectue le transit, le soulèvement du bas-fond de l'estomac ou le déplacement de son corps vers la droite par les gaz de l'intestin, peuvent être le premier indice d'un Dolichocôlon. Ces gaz ont tendance à s'accumuler à la partie supérieure et médiane de l'abdomen et surtout dans l'hypocondre gauche. Ils soulèvent la coupole diaphragmatique et sont responsables de ces troubles cardiaques signalés par Lian.

Quand le côlon droit participe à cette aérocolie il tend à remonter vers l'étage supérieur de l'abdomen en glissant sous le bord oblique du foie, l'angle droit tend à se redresser. Le cæcum, le côlon ascendant et le transverse forment un segment presque rectiligne étendu de bas en haut et de la fosse iliaque droite à l'hypocondre gauche.

Les coudures d'un Dolichocôlon peuvent quelquefois être marquées par les gaz qui s'y sont arrêtés. Mais c'est une image d'interprétation difficile ne donnant qu'une bien faible indication.

Cet examen ne montre pas directement le Dolichocôlon. Il permet d'apprécier le degré de l'aérocolie. Et au cours d'une scopie pratiquée pour tout autre chose, la vue de cette distension gazeuse peut attirer l'attention du clinicien sur la possibilité d'un côlon trop long.

Epreuve du transit.

Elle consiste à faire ingérer au malade une bouillie opaque. On apprécie ainsi les troubles du transit. Celui-ci est habituellement retardé. Normalement la baryte arrive dans le cæcum quatre heures environ après l'ingestion, elle injecte tout le gros intestin au bout de cinq à six heures et s'évacue de la 24e à la 70e heure. En cas de Dolichocôlon, la traversée intestinale se fait lentement et se prolonge au delà de la 36e heure.

Dès l'ingestion de la baryte l'estomac montre des déformations particulières. Soit refoulement, soit compression, soit fausses images lacunaires. Il faut insister sur l'intensité, l'invraisemblance même de certaines de ces déformations et aussi sur leur variabilité extrême suivant les moments.

Le transit colique s'opère normalement sauf dans les anses allongées. Il n'y a aucun arrêt des matières dans les coudures, au contraire, le passage se fait d'une façon dispersée, sous forme de boulettes simulant des grains de riz qui piqueteraient la muqueuse. On trouve également de la substance opaque dans des endroits où il est inhabituel de trouver le côlon.

Cette méthode, si elle montre d'une façon bien imparfaite les coudures et anses anormales, si elle permet d'appliquer la durée du transit, ne fournit aucun renseignement sur les troubles du tonus colique.

Le lavement opaque.

La radioscopie pratiquée pendant l'administration d'un lavement opaque et complétée par la radiographie, constitue un moyen rapide et sûr de reconnaître un Dolichocôlon. Encore faut-il que cette épreuve soit pratiquée correctement.

Le malade devra avoir un côlon libéré de son contenu et, ainsi que le dit Chiray, seul un lavement peut vider le gros intestin. Quelques heures donc avant l'épreuve on administrera un lavement évacuateur d'eau bouillie tiédie dans laquelle on peut faire dissoudre une grosse cuillerée à soupe de sel ordinaire. Il sera donné lentement, à faible pression pour ne pas engendrer de réactions spasmodiques. Trois quarts de litre à un litre sont suffisants, mais il est évidemment nécessaire que le malade évacue aussi complètement que possible matières et liquides. Le lavement baryté sera donné de préférence dans le décubitus ventral. Dans la position dorsale, le transverse est soulevé par la

saillie de la colonne vertébrale et une fois le lavement injecté, la bouillie s'écoule de part et d'autre de ce dos d'âne laissant un segment du côlon non injecté. Dans les cas où l'on soupçonnera un Dolichocôlon, il faudra prévoir une assez grande quantité de liquide : 2, 3 et même 4 litres : la tolérance de ces côlons étant très importante. Le lavement devra être poussé très lentement, sans pression pour éviter les spasmes réactionnels.

L'examen radioscopique montre comment progresse le lavement, comment se dessinent les méandres, les boucles, les sinuosités de l'intestin, toutes déformations qu'il est plus difficile d'apprécier sur les clichés à cause de la superposition des images, d'où l'importance des examens en position oblique qui montrent que certaines boucles ne sont en réalité que des sinuosités.

Au point de vue radiologique pur, on peut distinguer une série de types de Dolichocôlons que nous allons étudier séparément.

En cas de Dolichosigmoïde, éventualité la plus souvent rencontrée, l'anse est tantôt longue et rectiligne (anse à méso court) et son sommet est très haut situé ; tantôt courte (anse à méso long) et décrit des sinuosités et des boucles. Pour Chiray, dès que le sommet de la boucle dépasse la ligne des crêtes iliaques, le terme de Dolichocôlon devient applicable.

Le Dolichocôlon iliaque présente les mêmes aspects qui se traduisent par une boucle anormale située entre le côlon descendant et le côlon pelvien.

En cas de Dolichocôlon de l'angle splénique, on note une boucle ou une spirale ou des aspects en S avec parfois des accolements en canon de fusil.

Le Dolichocôlon ne doit pas être confondu avec une ptose colique. Le diagnostic en est délicat.

Les Dolichocôlons droits ou généralisés sont des éventualités peu fréquentes qu'il est aisé de reconnaître.

L'examen radiologique fournit également des renseignements sur l'état propre du côlon, les modifications du calibre, la tonicité du tractus, les complications telles qu'adhérences de péricolite avec ou sans stase.

A côté de la radiologie nous voulons dire un mot rapide d'une méthode qui peut aider au diagnostic du Dolichocôlon sigmoïde.

La rectoscopie.

Dans la majorité des cas, l'instrument pénètre facilement. On a devant soi un sigmoïde formant un tunnel ouvert alors que, normalement, sa cavité est virtuelle. On pénètre jusqu'à 25, 30 centimètres et plus. Le fait de pouvoir enfoncer loin, facilement, sans le contrôle de la vue, le rectoscope, suffit à poser le diagnostic. Dans les cas les plus rares, le tube ne peut avancer très loin étant arrêté par des coudures précoces qu'on ne peut dérouler.

L'avantage incontestable de cette manœuvre est de pouvoir apprécier l'état de la muqueuse en cas de complications inflammatoires telle que la colite. Normalement, la muqueuse est lisse, rose, unie. En cas de colite, elle est rouge, congestionnée ; les plis s'effacent. Quelquefois, on peut voir des ulcérations superficielles.

En résumé, de toutes ces pratiques, le lavement opaque est la méthode de choix. C'est elle qui per-

met de suivre à la scopie la progression de la bouillie opaque. Cheminement qui fait apprécier la vitesse de pénétration, les directions anormales des anses et coudures et le trajet des boucles. C'est elle seule qui donne les renseignements les plus utiles pour poser le diagnostic certain de Dolichocôlon.

Les autres épreuves n'apportent que des probabilités ou des indications qui, réunies, peuvent aider au diagnostic.

CHAPITRE VI

TRAITEMENTS

Le Dolichocôlon relève de la médecine et de la chirurgie. Le traitement médical conviendra particulièrement aux dolichocôlies simples, c'est-à-dire se traduisant par une constipation plus ou moins douloureuse. Le traitement chirurgical sera tenté dans les cas où la thérapeutique médicale aura échoué. En sont également justiciables, les Dolichocôlons s'accompagnant d'une constipation opiniâtre, de douleurs intenses avec altération de l'état général.

Traitement médical

Il est le premier à être tenté et s'adressera donc à toutes les formes de Dolichocôlons. Nous étudierons ce traitement en considérant le *Dolichocolique* d'abord comme un *constipé,* puis comme un *spasmodique,* enfin comme un *colitique.*

Le constipé.

La constipation étant le signe majeur contre lequel on devra lutter, nécessitera avant tout un régime très étudié et une thérapeutique qui tendra à ne jamais être irritative.

Le régime aura pour but de supprimer les fermentations, d'augmenter le volume du bol fœcal.

Il sera très large et portera sur la suppression presque complète des hydrates de carbone. Dans cette forme il faudra adjoindre les cures de fruits et les jus de raisins frais.

La médication tendra à lutter contre la stase intestinale. Il faudra éviter tous les laxatifs en dehors de l'agar-agar, des graines de ricin et de psyllium et de l'huile de paraffine. Cette proscription des laxatifs et à plus forte raison des purgatifs tient au fait que leur emploi souvent abusif entraîne une irritation de la muqueuse colique ouvrant ainsi la voie aux complications inflammatoires et infectieuses. Car nous ne devons pas oublier que le Dolichocôlon est un état morbide sensibilisant à l'excès la muqueuse intestinale.

L'huile de paraffine se donnera le soir de préférence à la dose d'une cuillerée à soupe. Les mucillages se prendront au cours des deux repas et par cuillerée à café. Quant aux graines de ricin et de psyllium, elles s'absorberont soit dans leur forme naturelle, soit en infusions. C'est le malade lui-même qui arrivera petit à petit à trouver la proportion nécessaire et suffisante pour lui procurer une bonne évacuation intestinale.

Les antispasmodiques, même en dehors de tout spasme, ont une action adjuvante qu'il ne faut pas négliger. La teinture de belladone, l'atropine ou la génatropine sont souvent indiquées. C'est surtout comme régulateur des fonctions intestinales et sans doute par son action sur le système parasympathique, que l'atropine produit une amélioration.

A cette médication orale nous adjoindrons une thérapeutique rectale. Les lavements sont d'une aide efficace pour la libération intestinale. Mais, de même que pour les laxatifs, leur usage ne doit

pas en être fait d'une façon intempestive. Comme évacuateurs ils seront à base de décoction de racines de guimauve, de graines de lin, voire de solutions isotoniques. On sera même autorisé à permettre l'emploi d'un petit lavement bilié sans autre addition médicamenteuse. Ils devront être administrés à la dose de 1 litre en moyenne et poussés lentement sans pression au moyen d'une sonde profondément introduite dans l'ampoule rectale. On les utilisera comme compléments des laxatifs lorsque ceux-ci seront insuffisants pour entraîner une bonne exonération intestinale.

Les lavements à garder seront donnés de préférence à base d'huile d'olive : 50 cc. pour 200 grammes d'eau. On aura soin de bien battre le mélange pour obtenir une bonne émulsion. Administrés le soir, ils devront être gardés toute la nuit. A une action évacuatrice, ils ajoutent un rôle thérapeutique.

Qu'ils soient évacuateurs ou à garder, les lavements ne seront donnés qu'une fois par semaine. Car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ils ont une action irritante sur la muqueuse intestinale.

En cas de selles dures, difficiles et douloureuses à expulser, les malades se trouveront bien de suppositoires glycérinés ou biliés. Introduits peu de temps avant la garde-robe, ils faciliteront l'exonération tout en préservant le sphincter anal de l'apparition plus ou moins tardive d'hémorroïdes, voire de fissures.

Dans cette constipation simple, les malades se trouveront bien de *manœuvres hygiène-diététiques*. Le constipé se présentera trois fois par jour à la garde-robe, dans la position accroupie, dans le but d'évacuer son intestin s'il le peut, mais aussi dans le but de chercher à rétablir la coordination entre

les centres nerveux et la sensibilité rectale estompée. Il faut aussi stimuler les facteurs accessoires de la défécation, apprendre au malade que, pour vider son intestin, il faut des muscles abdominaux et respiratoires normaux. C'est la partie la plus difficilement acceptée des prescriptions médicales; c'est aussi celle sur laquelle il faut le plus insister. Si les ptoses nécessitent une ceinture, il faut rappeler que la sangle artificielle n'est qu'un palliatif et que rien ne vaut la sangle naturelle. Concurremment à la gymnastique, il faut recommander les sports et plus particulièrement le canotage et la natation.

Nous ne devons pas oublier, comme l'ont montré Chiray et notre maître Lebon au Congrès de la Colibacillose, à Châtel-Guyon, que la stase intestinale produit une intoxication. Le foie, bien souvent, se trouve secondairement touché. L'administration d'extraits hépatiques aura un heureux résultat.

Le spasmodique.

Le dolichocôlique se présente rarement au thérapeute sous une forme aussi pure. Beaucoup plus souvent en plus de sa constipation il a des réactions spasmodiques douloureuses. En plus de la stase que l'on combattra, avec quelques modifications, par les moyens énoncés plus haut, on aura à traiter le spasme.

Le régime sera un peu plus restrictif que le précédent. On proscrira les spasmogènes : oseille, épinards, choux, thé, café, épices, etc...

Les antispasmodiques seront au premier plan de

la thérapeutique à instituer. La teinture de belladone, l'atropine ou la génatropine seront indiquées. Nous les prescrirons par deux prises quotidiennes, avant les repas de préférence.

Agissant d'une façon moins directe, les injections bromurées calciques, auxquelles on peut ajouter de l'extrait parathyroïdien, aideront à lever les spasmes.

Nous nous demandons jusqu'à quel point la vitamine B1 par son action sur le sympathique, n'aurait pas un rôle à jouer dans la thérapeutique du Dolichocôlon. Il est classique, depuis peu de temps, de l'administrer aux constipés. Ici, avec cette affection sympathique elle semblerait doublement indiquée. Selon la posologie indiquée par Obrefeld on donnerait des doses comprises entre 2 et 10 milligrammes par jour. Le traitement étant conduit par séries successives de 15 jours et renouvelables pendant plusieurs mois avec des intervalles de repos d'une semaine.

Quant à l'exonération intestinale, elle est rendue plus difficile à traiter du fait du spasme. Les lavements seront mal acceptés des malades. Leur administration engendrant le plus souvent de violentes crises douloureuses spasmodiques. L'intolérance de ces côlons vis-à-vis des lavements est un fait qui méritait d'être signalé.

Aux huiles et mucillages, on pourra joindre quelques laxatifs doux qui, pris d'une façon intermittente, apporteront une aide efficace et une nocivité peu élevée. L'huile de ricin associée au sirop de belladone, le lactose, la magnésie calcinée et le bitartrate de potassium seront indiqués.

Le colitique.

Lorsque le Dolichocôlon se complique de colite, le traitement n'est plus le même. On devra soigner la colite avant tout, c'est-à-dire les douleurs et la diarrhée qui en sont ses manifestations morbides.

Le régime prendra une grande place dans la thérapeutique. Il sera approprié à la nature de la colite. Si les acides de fermentation sont en excès, on soumettra l'intestin à un régime hypoféculent et hypercarné. Dans un excès d'ammoniaque on diminuera les matières azotées, la viande en particulier, et on augmentera les féculents.

La médication s'adressera aux douleurs et à la diarrhée. Les compresses humides chaudes avec quelques gouttes de Laudanum peuvent atténuer la souffrance. Les antispasmodiques trouveront ici un emploi. Administrés aux doses indiquées, ils rendront moins douloureux le spasme colique. Enfin, la chaleur sous la forme de Diathermie ou d'Infra rouges sera un précieux adjuvant des antispasmodiques.

Le sous-nitrate de bismuth à petites doses, 6 à 10 gr. par jour, arrêtera progressivement la diarrhée tout en effectuant un pansement protecteur à la muqueuse colique. On lui adjoindra dans les colites de fermentation, du carbonate de chaux. Dans celles de putréfaction, les ferments lactiques apporteront une nette amélioration en changeant la flore intestinale à condition d'être donnée sous une surveillance médicale suivie. Car nous devons signaler qu'en matière intestinale les ferments lactiques chez l'adulte sont souvent mal supportés et donnent parfois des réactions inverses même quand le chimisme intestinal donne cette thérapeutique comme logique.

Traitement hydrominéral

Le traitement médical aura un précieux auxiliaire dans la cure hydrominérale : le Dolichocôlon relève de deux stations thermales : Châtel-Guyon et Plombières. Le Dolichocôlon simple ou compliqué de colite avec une *forme atonique* sera indiqué à Châtel-Guyon. Le colitique avec une *forme érethique et douloureuse* se trouvera mieux de Plombières.

Châtel-Guyon avec ses eaux chlorurées sodiques et magnésiennes, apporte une aide précieuse dans le traitement du Dolichocôlon. Elles ont l'avantage, du fait de leur constitution chimique, de compenser les soustractions salines consécutives à l'hypersécrétion de l'intestin malade. Leur action principale est de régulariser et de réactiver la motricité digestive. On obtient donc un renforcement ou un rétablissement de l'automatisme intestinal en même temps qu'un rétablissement de l'autorégulation intestinale essentielle ou réflexe. Mais là ne se bornent pas leurs effets. Elles agissent également sur la paroi intestinale en cicatrisant les inflammations chroniques et ulcéreuses de la muqueuse endothéliale et glandulaire.

Les malades justiciables de ces eaux seront avant tout les Dolichocôliques dont l'affection se manifeste par les trois signes cliniques énoncés plus haut.

La constipation sera traitée par l'ingestion de 5 à 6 doses quotidiennes d'eau fortement minéralisée et variant entre 30 et 75 gr. Les doses seront données de préférence à jeun et loin des repas et iront en quantité croissante. On associera des irrigations par goutte à goutte suffisantes pour évacuer l'intes-

tin. Cette inondation, lentement conduite, de proche en proche, des segments colitiques successifs, par un liquide quasi isotonique et non traumatisant par lui-même, remplit toutes les conditions des lavages : détersion de la muqueuse, décongestion, cicatrisation et surtout évacuation des stases.

Une seule saison n'est en général pas suffisante, il en faut plusieurs de suite et les résultats sont souvent très intéressants comme le montrent beaucoup de nos observations. Nous avons même un cas de régression importante de la longueur de l'anse colique avec retour complet à la normale des exonérations intestinales.

Mais à Châtel-Guyon le traitement hydrominéral n'agit pas seulement sur la constipation ; l'élément spasmodique et douloureux y est traité efficacement. La douche couchée et le cataplasme de boue en sont les deux auxiliaires. La première est donnée au moyen d'une large pomme d'arrosoir qui diffuse l'eau minérale, sans aucune pression, sur toute la surface abdominale, l'arrosant presque au contact, avec un lent mouvement d'effleurage dans le sens du transit colique. On a les effets sédatifs d'un cataplasme animé, mais, en surplus, de température variable, à la seconde, et à un degré près.

La fangothérapie abdominale est faite au moyen de 4 à 8 livres de terre volcanique macérée dans l'eau minérale et réchauffée, avant l'emploi, dans des cuves remplies de la même eau. Le mélange est renfermé dans de solides sacs de toile que l'on essore à la presse avant l'application abdominale. Celle-ci se fait soit à sec, le malade étendu sur un lit spécial, ou alors dans le bain. L'action antispasmodique et décongestive de cette méthode est précieuse.

Si les atoniques vont à Châtel-Guyon, les douloureux et les éréthiques bénéficieront de Plombières. Par ses eaux hyperthermales, silicatées sodiques et arsenicales, elle aura une action sédative nette. Son indication majeure est la complication colitique douloureuse du Dolichocôlon. C'est le malade hyperirritable avec un disfonctionnement neuro-végétatif qui, pour la moindre cause, a des crises douloureuses. C'est *l'enteronévrose intestinale.*

Le traitement est constitué d'abord par la cure de boisson comme elle est pratiquée à Châtel-Guyon, Les traitements externes sont : les douches, les étuves et les bains. Les douches générales ont un effet sédatif nerveux bien connu, ainsi que les bains. Elles seront données à température variable, en insistant particulièrement sur la nuque.

Nous allons illustrer par quelques observations les données thérapeutiques que nous venons d'exposer.

Voici quelques observations relatives à une constipation simple :

OBSERVATION N° 1

(Docteur J. Foucaud)

M. Pierre N., 13 ans

Se présente à Châtelguyon en 1934 pour de la fatigue générale, des céphalées, des tendances syncopales attribuées à une mauvaise évacuation du côlon et améliorées par un traitement intestinal.

On a pratiqué une appendisectomie en 1932.

Une radiographie a montré de nombreuses flexuosités du sigmoïde.

A l'heure actuelle, il présente des selles normales et pas de douleurs.

L'état général est meilleur.

Examen :

Sensibilité cæcale.

Atonie et spasme avec gros cæcocôlon.

Gros foie.

Traitement :

Cure de boisson à la Source Louise.

Cataplasme sec et douche couchée.

Mucillages.

A la fin de la cure : les selles sont spontanées. La tonicité est bonne. Il n'y a plus de stase cæcocôlique.

2e *Cure en* 1937 :

S'est bien porté pendant un an. Les selles sont normales et pas de température. Mais depuis 2 à 3 mois, le malade a des accès fébriles 39-40 pendant 10-15 jours puis 37-38 pendant 2 semaines.

Constipation pendant les périodes pyrétiques, selles normales dans l'intervalle.

Actuellement est bien.

Examen :

Gros cæcocôlon peu sensible.

Traitement :

Boisson Source Yvonne.

Cataplasme sec et douche couchée.

Evacuants biliaires.

En fin de traitement : on constate un peu moins de distension cæcale. Les selles sont normales.

3e *Cure en* 1938 :

Les selles furent normales durant toute l'année. Aucun accès fébrile. Excellent état général.

Cæcocôlon moins gros et moins sensible.

Le foie est un peu augmenté de volume mais non douloureux.

Traitement :

Boisson Source Yvonne.

Cataplasme sec et bains hydrominéraux à 36°.

En fin de cure : le cæcocôlon et le foie sont normaux.

En somme, guérison nette à la suite de plusieurs saisons hydrominérales.

OBSERVATION N° 2

(Docteur J. Foucaud)

M^me^ P., 34 ans

Venue à Châtelguyon en 1935 pour une constipation opiniâtre datant de 7, 8 ans avec, de loin en loin, débacles dysenteriformes.

Peu de troubles dyspeptiques.

Amaigrissement de 12 kilos depuis l'an dernier et en voie de réparation.

Asthénie.

Examen :

Spasme et sensibilité sur le trajet du côlon.

Sensibilité vésiculaire.

Radiographie :

Dolichocôlon ascendant.

Traitement :

Boisson Source Marguerite.

Cataplasme sec, douche couchée.

Huile de paraffine. Lavement d'huile.

En fin de cure : Impression de calme.

Selles moulées depuis 4 jours.

Détente complète du spasme, moins de sensibilité vésiculaire.

2e *Cure en* 1936 :

Selles plus faciles et souvent spontanées. Une seule crise de diarrhée.

Beaucoup moins de douleurs.

Très fatiguée. A engraissé de 3 kilos.

Traitement :

Boisson Source Yvonne.

Cataplasme sec. — Bains à 37°.

Huile de paraffine.

En fin de saison : les selles ont une tendance régulière et sont moulées. Plus de débâcles. Pas de douleurs. Beaucoup moins de spasme et de sensibilité.

Plus de sensibilité droite.

OBSERVATION N° 3

(Docteur J. Foucaud)

M. G., 56 ans

Malade venant en 1931 pour une constipation ancienne non douloureuse et cédant assez bien à l'époque des légumes et des fruits. Non influencée par une cure en 1901-1902. Douleurs à l'angle hépatique assez continues, calmées par la belladone.

Gaz et nausées fréquentes. Peu de troubles dyspeptiques.

Amaigrissement échelonné sur de longues périodes et arrêté.

Examen :

Visceroptose en partie réductible en position couchée.

Atonie et dilatation cæcocôlique. Spasme modéré sur le reste du côlon.

Radiographie :

Dolichocôlon sigmoïde et transverse.

Allongement et ptose du transverse. Typhlectasie et typhlatonie.

Traitement :

Boisson Source Louise.

Cataplasme sec.

Bismuth et calmants du sympathique.

En fin de saison : les selles sont spontanées. Le cæcocôlon se vide mieux.

2° *Cure en* 1933 :

Bien jusqu'en novembre avec selles plus faciles.

En avril et en novembre crises assez violentes de trois semaines avec douleurs, spasmes et nausées. Participation hépatique probable.

Troubles sympathiques marqués.

Mieux depuis mai.

En ce moment, selles faciles. Pas de coliques. Sensibilité vers 2 ou 3 heures du matin.

Digestion assez facile.

Spasme peu douloureux sauf au niveau de l'angle hépatique.

Traitement :

Boisson Source Yvonne.

Cataplasme sec alterné avec un goutte à goutte rectal.

En fin de saison : selles spontanées. Bonne évacuation du côlon droit.

Encore un bon résultat sur la constipation.

Disparition du spasme.

OBSERVATION N° 4

(Docteur J. Foucaud)

M. R., 40 ans

Constipation ancienne, opiniâtre et se compliquant depuis 3 ou 4 ans de gros ballonnements et de digestions pénibles. Dyspepsie atonique tardive. Nevropathie. Impressionnabilité. Insomnie. Asthénie.

Examen :

Atonie gastro-intestinale.

Radiographie :

Estomac normal, légèrement hypotonique.

Allongement considérable du côlon gauche et du transverse gauche. Série de boucles. Atonie des côlons. Mégadolichocôlon.

Traitement :

Boisson à la Source Louise.

Cataplasme sec. Goutte à goutte. Bains.

Huile de paraffine. Mucinium.

En fin de cure : Beaucoup, moins de ballonnement.

Selles bien meilleures. Plus de douleurs. Bonne tonicité.

OBSERVATION N° 5

(Docteur J. Foucaud)

Mlle P., 16 ans

Dolichocôlon gauche sigmoïdien avec dilatation cæcocôlique.

Tendance ancienne à la constipation et constipation opiniâtre depuis 3 ans.

Douleurs depuis 3 mois dans la fosse iliaque droite sans grandes crises douloureuses.

Dyspepsie atonique.

Peu d'amaigrissement.

Examen :

Spasme et sensibilité du côlon gauche.

Traitement :

Boisson Source Louise.

Cataplasme et bains tièdes.

Huile de paraffine. Lavement d'huile.

En fin de cure : Selles faciles. Pas de douleurs.

2e *Cure en* 1935 :

Selles plus faciles toute l'année et beaucoup moins de douleurs.

En décembre, 3 crises de vomissements et de palpitations sans raisons connues.

Examen :

Spasme et un peu de sensibilité à gauche. Pas de stase droite.

Traitement :

Boissons Source Louise.

Cataplasme sec, douche couchée.

Huile de paraffine.

En fin de cure : Selles spontanées. Pas de stase droite. Pas de spasme gauche.

OBSERVATION N° 6

(Docteur J. Foucaud)

Mlle Simone D., 7 ans

1re *Cure en* 1934 :

*..A été très bien jusqu'à l'âge de deux ans, puis, crises dou*loureuess très vives au niveau de l'abdomen avec température mais sans vomissements, le tout durant 5 à 6 jours. Un peu de sang dans les selles.

Nouvelle crise en janvier avec également du sang dans ses selles. Pas de vomissements. Constipation mais pas d'arrêt des gaz.

Depuis la première crise constipation opiniâtre. Pas de douleurs dans l'intervalle.

Pas de troubles dyspeptiques.

Bon état général.

Rien à l'examen.

Radiographie : Dolichocôlon sigmoïde et descendant avec un peu de dilatation droite.

Traitement :

Boisson Source Marguerite.

Huile de paraffine.

Lavements d'huile.

En fin de cure : Tendance aux selles spontanées. Moins d'atonie.

Avec des alternatives au cours de plusieurs saisons, la constipation cède plus ou moins.

4° *Cure en* 1937 :

Bonnes périodes de selles spontanées. Aucun malaise.

Traitement de la constipation par le Parlax.

Rien à l'examen.

En fin de cure : la constipation a complètement cédé.

Voici maintenant quelques observations relatives à une constipation s'accompagnant de spasmes et de colite :

OBSERVATION N° 7

(Docteur J. Foucaud)

Mlle L., 54 ans

Constipation remontant à l'enfance, opiniâtre, avec stase rectale et dyschésie.

Il y a un mois, crise douloureuse violente au niveau du plexus.

Pas de troubles dyspeptiques.
Ménopause normale.
Excellent état général.

Examen :

Spasme colique non douloureux.
Grosse ampoule stasique avec matières molles.

Radiographie : Ampoule augmentée de volume, sigmoïde allongée et masquée par l'ampoule. Côlon descendant et transverse atones et dilatés. Le lavement chasse une grosse colonne d'air. Contours du cæcocôlon réguliers. Rien dans la région appendiculaire. Douleurs et sensibilité répondant à la région du sigmoïde.

Traitement :

Boisson Source Louise.
Huile de paraffine, poires d'huile, petits lavages.
En fin de cure : Constipation cédant à la paraffine. Côlon très souple.

2e *Cure le* 5 *Septembre* 1935 :

N'a plus eu de crises douloureuses. Selles avec suppositoires qui ramènent souvent des selles molles.

Traitement :
Boisson Source Louise.
Cataplasme sec.
Bains.

3e *Cure le* 8 *Septembre* 1938 :

Dyschésie cédant habituellement aux suppositoires et aux lavages.
Stase droite, rien dans l'ampoule.
Etat général parfait, abdomen non douloureux.

OBSERVATION N° 8

(Docteur J. Foucaud)

Mlle M.....

1re *Cure en* 1934 :

Constipation remontant à l'enfance, opiniâtre, avec sensibilité continuelle et poussée douloureuse.

Dolichocôlon.

Dyspepsie atonique, aerogastrie et aerocolie considérables.

Névropathie avec troubles cardiaques secondaires. Insomnies. Prend des calmants d'une façon inconsidérée.

Examen :

Gros cæcocôlon douloureux.

Spasme et sensibilité. Gros tympanisme.

Radiographie :

Estomac en cascade aucun signe d'ulcus.

Cæcum gros, hypotonique. Dolichocôlon gauche avec grosse distention de l'angle splénique.

Traitement :

Boisson Source Yvonne.

Bains, cataplasme sec.

Parlax. Belladone.

En fin de cure : Détente marquée du spasme, côlon souple moins douloureux. Constipation un peu moins douloureuse. Pas de distention cæcocôlique.

2e *Cure* en 1935 :

Constipation peu améliorée mais diminution du spasme et de la sensibilité.

Cæcocôlon moins distendu et peu douloureux. Spasme et sensibilité du côlon gauche.

Traitement :

Boisson Source Louise.

Cataplasme sec.

Parlax, mucilages et charbon végétal.

En fin de cure : La constipation a cédé. Côlon beaucoup plus souple. Diminution du spasme et de la sensibilité.

OBSERVATION N° 9

Mme M., 34 ans

(Docteur J. Foucaud)

Dyspepsie hypersténique améliorée par le port d'une ceinture.

Depuis 5 ans douleurs dans le flanc gauche sans horaires particuliers et par périodes.

Depuis un mois température à 38°,5 le soir.

Constipation opiniâtre sans augmentation des douleurs.

Amaigrissement de 5 kilos.

Examen :

Spasme colique total assez serré avec sensibilité vive sur la branche gauche du transverse.

Sensibilité solaire.

Radiographie :

Dolichocôlon iliaque. Sigmoïde allongée, côlon descendant de calibre petit à parois rigides.

Pas d'arrêt du bol baryté. Angle splénique, transverse et ascendants élargis.

Pas d'images diverticulaires.

Traitement :

Boisson Sources Marguerite et Carnot.

Cataplasmes secs.

Suppositoires belladones, lavements d'huile. Evian et entéroantigène.

En fin de cure : Toujours un peu de constipation et de douleurs. Presque plus de spasme. Diminution de la température (journées sans fièvre).

2e *Cure en* 1932 :

Pendant un mois après la cure, retour des malaises puis détente complète : selles régulières ,pas de douleurs, pas de température.

Appendicectomie en novembre.

Après sa saison, nouvelle crise : température 38°, constipation, douleur à gauche, bouche mauvaise, langue sale et épaisse, nausées, améliorées par le bleu de méthylène. Durée trois semaines.

En ce moment va très bien : pas de température, selles faciles. Pas de douleurs gastriques. Spasme et sensibilité du côlon gauche.

Traitement :

Boisson Source Marguerite.

Cataplasmes secs.

En fin de cure : Détente du spasme. N'a pas de température. Va très bien. Selles spontanées.

OBSERVATION N° 10

(Docteur J. Foucaud)

Mlle B., 7 ans et demi

1re *Cure en* 1935 :

Aucune maladie infantile et très bien jusqu'à 4 ans, puis asthénie, perte de l'appétit et perte de poids.

Quelques irrégularités des selles.

Il y a un mois, crise douloureuse abdominale à type de subocclusion sans matières ni gaz. Pas de température, haleine butyrique.

Examen :

Ballonnement, gros ventre, gros cæcocôlon, spasme du transverse et du descendant. Légère sensibilité vésiculiaire.

Radiographie :

Dolichocôlon gauche avec grosse ampoule rectale. Multiples boucles de l'angle splénique et dilatation du côlon droit.

Coprologie :

Selles d'évacuation provoquée sans hypersécrétion colique, bonne capacité digestive (excès d'amidon).

Acides organiques : 17,4. Ammoniaque : 4,6.

Traitement :

Boisson Source Yvonne.

Cataplasmes secs. Parlax.

En fin de cure : Va très bien, selles normales avec un peu de Parlax.

2e *Cure en* 1937 :

Fond intestinal très amélioré. Souvent selles spontanées.

Deux à trois épisodes fébriles de 4 à 5 jours.

Boisson Source Yvonne.

Cataplasmes secs.

A la fin de la cure, selles normales. Le malade va très bien.

OBSERVATION N° 11

(Docteur J. Foucaud)

Mlle T., 28 ans

Cure en 1936 :

Constipation ancienne, non opiniâtre cédant souvent à un suppositoire. Depuis quelques années, douleurs de la fosse iliaque droite. Appendicectomie. Persistance des douleurs avec quelquefois crises assez pénibles, sans vomissements. Pas de troubles dyspeptiques.

Céphalées, migraines. Léger amaigrissement.

Radiographie :

Gros cæcum. Méga et dolichocôlon sigmoïde Dilatation du côlon droit. Côlon gros, sensible, peu mobile, peut être adhérences.

A l'examen, spasme et sensibilité sur tout le côlon et en particulier dans la région cæcale.

Coprologie :

Selles pâteuses, butyriques acides.
Acidité : 21,6.

Ammoniaque : 5,2.

Pas d'éléments anormaux ni de parasites.
Bonne capacité digestive.

Traitement :

Source Suzanne.

Cataplasme sec.

Huile de paraffine, carbonate de chaux amylodiastase.

En fin de cure : plus de constipation. Détente du spasme et de la sensibilité colique.

OBSERVATION N° 12

(Docteur J. Foucaud)

M. S., 41 ans

1re *Cure en* 1935 :

Depuis son retour de captivité en 1919, dyspepsie atonique : ballonnement un à deux heures après ses repas.

Constipation opiniâtre avec sensibilité droite.

Appendicectomie sans résultats et après pleurésie droite et fistule anale améliorées par les sels d'or.

Peu d'amaigrissement, fatigue.

Examen :

Spasme et sensibilité du côlon descendant. Distension et sensibilité du cæcocôlon.

Radiographie :

Léger dolichôcolon gauche sigmoïde et angle. Spasme et rigidité de la sigmoïde, spasme des autres portions.

Coprologie :

Selles pâteuses, butyriques.

Acidité : 22. Ammoniaque : 4.

Excès d'amidon.
Pas d'éléments anormaux ni de parasites.

Traitement :

Boisson Source Louise.
Cataplasme sec, douche couchée.
Parolagar.
Fin de cure : détente marquée du spasme et de la sensibilité. Selles plus faciles. Moins de ballonnement.

2e *Cure en* 1936 :

La constipation persiste mais moins opiniâtre. Toujours de la sensibilité à droite.
Spasme colique avec gros cæcocôlon.
Peu de troubles dyspeptiques : ballonnement.
Foie un peu gros, mou, sensible.
Asthénie.

Traitement :

Boisson Source Louise.
Cataplasme sec et douche couchée.
Parolagar, carbonate de chaux.

En fin de cure : *Détente plus marquée avec le carbonate* de chaux qu'avec la belladone. Encore un peu de constipation. Plus de ballonnement. Foie normal.

Coprologie :

Selles moulées.

Acidité : 17,6. Ammoniaque : 4,4.

OBSERVATION N° 13

(Docteur J. Foucaud)

Mlle L., 34 ans

1re *Cure en* 1935 :

Constipation depuis la puberté allant en s'aggravant. Il y a deux ans cholecystectomie pour cholecystite suppurée. Aggravation de la constipation par une cure à Vichy.

Crise de subocclusion en mai dernier. Actuellement selles avec carbolin et lavements d'huile. Spasme colique non douloureux.

Radiographie :

Grosse hypotonie digestive.
Estomac d'évacuation normale.
Dilatation de toutes ses portions pas de stase.
Ileon dilaté un peu de retard du transit.
Cæcocôlon hyper allongé dilaté et stasique. Dilatation du transverse. Gros allongement du descendant avec boucle pelvienne.
Volvulus réductible du cæcum, appendice long et visible sur le bord extérieur.

Coprologie :

Acidité : 14.
Ammoniaque : 2,4.
Selles normales.

Traitement :

Boisson Source Louise.
Cataplasme sec. Douche couchée.
Mucilages et charbon végétal.
En fin de cure : Un peu de constipation mais un meilleur état général. Moins de fatigue. Spasme non douloureux.

2e *Cure en* 1936 :

Aucune amélioration de la constipation. Désintoxication nette vers janvier. Choc moral : crise de dépression, idées de suicide. Fatigue. Asthénie.

Examen :

Cæcocôlon légèrement gros. Spasme serré et sensibilité du côlon descendant.

Traitement :

Boisson Source Louise.
Cataplasme sec, douche tiède.
Mucilages, charbon végétal, calmants du sympathique.
En fin de cure : Selles faciles. Spasme non douloureux. Bonne tonicité, sans dilatation droite.

Nous tenons à produire maintenant quatre observations de malades présentant des phénomènes de sciatique en rapport avec leurs troubles dolichocôliques. Comme nous le verrons, une fois leur intestin calmé, les névralgies disparaissent complètement. C'est un fait de constatation que pour l'instant nous ne nous permettons pas d'expliquer :

OBSERVATION N° 14

(Docteur J. Foucaud)

Docteur M.

19 *Septembre* 1933

Appendicectomie puis période de diarrhée prandiale pendant deux ans avec sympathotonie, angoisse. Ensuite constipation progressive et opiniâtre avec dilatation et stase cæcale.

Réactions vésiculaires.

Depuis un an, sensibilité gauche surtout le matin, soulagée en mettant les pieds par terre et en émettant des gaz.

Selles tantôt spasmodiques en boules, tantôt en gros boudins.

Tolère mal les féculents.

Bon état général, fatigabilité.

Sciatique gauche. Douleurs à l'élongation.

Examen :

Cæcocôlon distendu et sensible.

Sensibilité du transverse droit.

Un peu de sensibilité du côlon descendant.

Radiographie :

Dolichocôlon sigmoïde en 2 à 3 boucles et dilatation cæcocôlique.

Colon atone et spasmodique.

Traitement :

Boisson Source Yvonne.

Cataplasme sec, douche couchée, goutte à goutte rectal.

Huile de paraffine.

En fin de cure :

Moins de spasme.

Selles un peu plus faciles.

Les douleurs sciatiques ont disparu.

OBSERVATION N° 15

(Docteur J. Foucaud)

Mme B., 32 ans

Constipation remontant à une grossesse avec selles quotidiennes mais insuffisantes et de temps à autres crises de diarrhée. Douleurs vives dans la fosse iliaque gauche avec vomissements.

Pas de troubles dyspeptiques.

Amaigrissement de 13 kilos en 10 ans non arrêté.

Surmenage. Insomnie. Asthénie.

Examen :

Spasme et sensibilité sur tout le trajet du côlon, en particulier au niveau de la sigmoïde et du cæco-appendice.

Ptose du transverse.

Radio :

Allongement de la sigmoïde coudée en 8 de chiffre. Calibre régulier. Spasme. Côlon descendant normal. Dilatation du cæcocôlon.

Coprologie :

Selle moulée un peu pâteuse. Excès d'amidon et de flore iodophile.

Acidité : 24,4. Ammoniaque : 3,2.

Traitement :

Boisson Source Yvonne.

Laxamalt et suppositoires de belladone.

Régime hypoféculent. Carbonate de chaux.

Fin de cure : Selles spontanées. Pas de douleurs. Beaucoup moins de spasme et de sensibilité.

2e *Cure en* 1936 :

Peu d'amélioration des douleurs du côlon gauche. Crises assez fréquentes avec vomissements et température. En dehors des crises, gêne surtout en position debout. Cette station donne aussi des nausées.

Souvent des aigreurs après les repas.

Selles spontanées quotidiennes.

Souvent poussées de sciatique gauche.

Traitement :

Boisson Source Yvonne.

Cataplasme sec. Mucillages.

En fin de cure : le côlon se vide mieux. Moins de spasme et de sensibilité.

Plus de douleurs sciatiques.

OBSERVATION N° 16

(Docteur J. Foucaud)

M. B., 42 ans

Paludisme et troubles intestinaux en Macédoine.

Depuis une dizaine d'années, constipation cédant aux mucilages, avec sensibilité droite.

Pas de troubles dyspeptiques.

Sensibilité hépatique.

Crise douloureuse rénale droite il y a deux mois avec vomissement et ayant nécessité la morphine.

Intolérance à la viande, au lait, aux œufs, bouillons gras,

chocolat, légumineuses, bananes qui déterminent de la constipation, des douleurs dans la cuisse et à l'élongation du sciatique.

Sensibilité vésiculaire.

Radiographie :

Dolichocôlon sigmoïdien. Spasme serré du descendant et grosse dilatation du cæcocôlon.

Examen d'urines :

Urines troubles pH 8,6. Indoxyle 0,022. Pas de pus. Pas d'éléments rénaux ni vésicaux. Très nombreux cristaux de phosphates tricalciques. Enterocoques.

Traitement :

Boisson Source Yvonne.

Cataplasme sec et douche-couchée.

Huile de Haarlem, mucillage.

En fin de cure : Côlon souple. Selles avec les mucillages, moins de sensibilité vésiculaire. Douleurs sciatiques ont presque complètement disparu.

OBSERVATION N° 17

(Docteur J. Foucaud)

Mlle L., 54 ans

Constipation remontant à l'enfance, opiniâtre et douloureuse.

Coloplicature il y a 4 ans avec ablation de l'appendice et d'un ovaire.

Depuis, selles un peu plus faciles. Mais depuis un an, selles tous les trois ou quatre jours.

Un peu de sensibilité intestinale.

Dyspepsie atonique secondaire.

Lumbago.

Bon état général.

Ménopause normale.

Examen :

Spasme et sensibilité sur tout le côlon.

Radiographie :

Dolichocôlon très accentué au niveau des deux tiers supérieurs du descendant. Déviation et allongement du cæcocôlon. Pas de signes de lésions organiques.

Traitement :

Boisson Source Louise.
Cataplasme sec.
Huile de paraffine.
Lavements d'huile, mucillages et atropine.
En fin de cure : Selles spontanées. Côlon très souple non douloureux.
Amélioration du lumbago.

2e *Cure en* 1935 :

Constipation persiste après une courte période d'amélioration. Moins de spasme et de sensibilité.
Dyspepsie atonique précoce.

Traitement :

Boisson Source Louise.
Cataplasme sec. Belladone et charbon.
En fin de cure : Selles spontanées, côlon souple. Guérison du lumbago.

Pour terminer, voici l'observation d'une malade guérie non seulement cliniquement mais aussi radiologiquement quant à la longueur de son côlon :

OBSERVATION N° 18

(Docteur Balme de Châtelguyon)

Mlle J., 3 ans

1re *Cure en* 1936 :

Depuis sa naissance, constipation opiniâtre. Une selle tous les 2 ou 3 jours et seulement avec des laxatifs : ce sont de gros boudins très foncés ou tout blancs.

Prolapsus cerclé.

Vomissements acétonémiques.

Crises de strophulus améliorées par l'hyposulfite de soude.

Examen :

Ventre mou. Intestin spasmé. Foie et vésicule normaux.

Radiographie :

Dolicho sigmoïde avec mégacôlon.

Traitement :

Boisson à la Source Yvonne.

Cataplasme dans un bain d'eau courante.

Goutte à goutte rectal.

Lavements d'huile.

A la fin de la cure quelques selles spontanées. L'abdomen est plus souple et moins douloureux.

2e *Cure en* 1937 :

Trois mois de selles normales sans laxatifs puis la constipation reprend.

En mars les manifestations anaphylactiques ont repris.

A l'examen l'abdomen est souple, non douloureux. Les selles ont la forme d'énormes ballons.

Traitement :

Boisson à la Source Yvonne.

Douche couchée. Bains d'eau minérale.

A la fin de la saison les selles sont spontanées. Elle a repris du poids.

3e *Cure en* 1938 :

A passé un bon hiver. Selles quotidiennes et spontanées.

Bon appétit. Teint clair.

A l'examen pas de ballonnement abdominal. L'intestin est gros.

Traitement :

Boisson Source Suzanne.

Un jour sur trois, un bain d'eau minérale courante. Goutte à goutte.

Guérison complète en fin de cure.

Un lavement baryté montre une diminution importante du méga et du dolichocôlon.

L'ensemble de ces observations montre que des cures bien conduites peuvent non seulement guérir des symptômes, mais agir peut-être sur la musculature intestinale et sur le complexe nerveux sympathique du côlon. Elles empêchent l'installation de phénomènes graves qui amènent le malade à la nécessité d'une thérapeutique chirurgicale.

Traitement chirurgical

Depuis ces dernières années, la chirurgie a apporté son action bienfaisante dans le traitement des Dolichocôlons, en dehors de ses complications tel le volvulus.

La chirurgie passa par deux étapes nettement différentes. L'une s'attaqua à l'effet, l'autre à la cause. Au début, on pratiqua la colectomie, après survint la chirurgie neuro-musulaire. Mais si cette dernière thérapeutique surplanta la première, il n'en reste pas moins vrai que certains Dolichocôlons ou ses complications, sont encore justiciables de la colectomie.

Nous étudierons d'abord les indications et contre-indications de la colectomie, puis celles de la chirurgie neuro-musculaire.

Colectomies.

Nous n'insisterons pas sur les méthodes indirectes, dites de dérivation. La cæcostomie, la colosto-

mie gauche et la cæcosigmoïdostomie ne seront envisagées que dans des formes d'occlusion trop avancées ou sur des dilatations trop étendues pour essayer une thérapeutique plus rationnelle. Il en est de même de la dilatation anale des chirurgiens Brésiliens qui s'attaquent à des obstacles véritables, conditionnant les Dolichocôlons dits symptômatiques.

Il est certain que, devant les nombreuses causes supplémentaires qui caractérisent les grands Dolichocôlons, la thérapeutique à première vue, la plus logique, est celle qui consiste dans le raccourcissement de l'anse anormalement allongée. L'*hémicolectomie splénique* est une opération simple, bénigne, efficace. Elle présente l'avantage de permettre par une petite incision transversale du flanc gauche et grâce au trendelenbourg latéral droit une colectomie étendue.

Anatomiquement, elle reconstitue, dans tous les cas, un cadre colique normal, dont on peut radiologiquement vérifier la bonne situation dans l'abdomen.

Cliniquement, elle fait disparaître les troubles digestifs.

Physiologiquement, elle permet au transit intestinal de redevenir normal et elle supprime la stase.

Delore a mis au point une technique dont les résultats sont excellents. Après extériorisation et soudure des deux pieds de l'anse au péritoine pariéral, il fait la suture circulaire presque complète des deux bouts intestinaux, ne laissant ouvert que le quart ou le tiers antérieur pour donner passage à un drain introduit dans le bout supérieur. L'ablation de ce drain au bout de quelques jours,

laisse une simple fistule latéro-colique dont la fermeture se fait spontanément. C'est une intervention peu choquante et qui a l'avantage de ne pas laisser un anus artificiel en place pendant un temps plus ou moins long.

Cette thérapeutique ne peut être appliquée qu'aux formes localisées de dolichocôlons et en particulier aux formes sigmoïdiennes. Un allongement généralisé à tout le cadre colique ne peut être soumis à une telle intervention. Le volvulus est également justiciable d'un tel traitement.

Les résultats de cette intervention sont excellents. Les malades ont une nette amélioration. Il persiste assez régulièrement une image de rétrécissement au niveau de la suture. Image qui n'entrave pas le bon fonctionnement du côlon.

Malgré ces perfectionnements nous ne devons pas oublier que c'est une chirurgie septique et que la mortalité quoique peu élevée existe tout de même.

La colectomie s'est attaquée à l'effet mais non à la cause. C'est alors que les méthodes neuro- musculaires, en s'attaquant directement à la cause, produisent de meilleurs résultats.

Voici une observation relative à une colectomie :

OBSERVATION N° 19

(Docteur P. Goinard)

Indigène de 60 ans, cachectique. Constipation. Crises douloureuses. L'examen radiologique montre un dolichocôlon accentué.

Sous anesthésie locale, avec quelques bouffées de kélène, résection du dolichosigmoïde, anastomose immédiate et

fistule in situ. Il y a un peu d'ascite et une pneumatose kystique du grêle.

Suites très simples. Gaz par l'anus naturel dès le 6e jour et matières le 15e. La fistule est presque terminée quand l'opéré repart chez lui au bout de trois mois.

Le lavement baryté indique un rétrécissement large sur l'emplacement de l'anastomose.

Suites éloignées excellentes.

Méthodes neuro-musculaires.

Avant d'aborder les méthodes neuro-musculaires i serait bon de faire un peu d'anatomo-physiologie de l'intestin pour comprendre les raisons de ces interventions.

Le gros intestin est animé de mouvements de deux espèces : mouvements pendulaires, localisés, de courte période ; mouvements péristaltiques de courte durée se produisant toutes les huit heures environ et déplaçant la colonne fécale.

Le péristaltisme est sous la dépendance d'un système nerveux intrinsèque et le sympathique et le parasympathique sont là pour coordonner les mouvements autonomes de l'intestin avec le reste de l'organisme.

Classiquement, on admet que le *parasympathique est le stimulant des fibres longitudinales et circulaires*, à l'exception des sphincters c'est par conséquent le *nerf excitant du péristaltisme et du tonus*. Le *sympathique*, par contre, est le *nerf inhibiteur des fonctions motrices et secrétrices*, à l'exception des sphincters qui se contractent sous son action.

La première intervention chirurgicale s'appuyant sur cette méthode neurogène du dolichocôlon a été pratiquée par les chirurgiens Australiens Royle et

Wade. Voulant diminuer la spasticité de malades atteints de maladies de Little, ils sectionnent les rami-communicantes. C'est ainsi qu'ils constatent une amélioration dans la constipation opiniâtre de leurs malades. Puis, appliquant leur intervention à un cas de mégacôlon chez l'enfant, ce dernier eut des selles spontanées quotidiennes et neuf mois après, une amélioration radiologique était constatée.

Partant de cette opération princeps, les différents auteurs établirent des variantes dans les modalités de l'interruption des voies sympathiques. C'est ainsi que les opérations peuvent être des *neurotomies hautes*, soit rami-sections lombaires, opération primitive de Royle et Wade, soit gangliectomie lombaires (Leriche, Hœrtel, Rudel) ou des *neurotomies périphériques*, section du plexus hypogastrique et mésentérique (Rankin et Learmonth).

Leriche a surtout retenu deux méthodes comme donnant les meilleurs résultats avec une facilité relative d'exécution : l'ablation bilatérale de la chaîne lombaire et la section du splanchnique gauche qui est associée à une sympathectomie ganglionnaire droite.

Nous allons passer en revue les différentes techniques, leurs indications et contre-indications, puis leurs résultats éloignés.

Neurotomies hautes

Royle et Wade se bornaient à sectionner les rami-communicantes blancs unissant les deux premiers nerfs lombaires et le dernier intercostal avec les deux premiers ganglions de la chaîne lombaire,

les branches efférentes internes des quatre ganglions lombaires constituant les splanchniques lombaires, enfin la chaîne sympathique lombaire elle-même au-dessous du quatrième ganglion lombaire pour supprimer les fibres efférentes viscérales basses de celle-ci.

Ils faisaient leur intervention du côté gauche seulement, parce que de ce côté la technique est plus facile et que les lésions les plus fréquentes dans le dolichocôlon intéressent le côlon descendant et le sigmoïde.

Neurotomies périphériques

En 1927, Leriche réséquait le plexus mésentérique inférieur seul. Deux ans plus tard, Learmonth et Rankin recommandaient la résection combinée du plexus mésentérique inférieur et du plexus hypogastrique supérieur.

Voici l'opération dans ses grandes lignes telle qu'elle a été décrite par Wassilaros dans sa thèse, travail de la clinique chirurgicale A de Strasbourg:

« Après laparatomie sus-ombilicale, le sigmoïde est « refoulé à gauche. On incise sur la ligne médiane le « péritonne pariétal postérieur depuis le petit bassin jus- « qu'à l'origine de l'artère mésentérique inférieure en pas- « sant devant le promontoire et la bifurcation de l'aorte. « Si la racine du dolichocôlon dépasse la ligne médiane, « ce qui arrive parfois, il faut refouler le sigmoïde à « droite et inciser le feuillet gauche de son méso. Ensuite « on extirpe le plexus hypogastrique supérieur ou nerf « présacré. Schématiquement, ce temps opératoire sert à « nettoyer de tout filet sympathique le triangle limité à « droite par l'artère iliaque primitive droite, à gauche par « la veine iliaque primitive gauche et dont le fond est « formé par le corps de la cinquième vertèbre lombaire. « Il faut éviter de s'étendre trop à gauche de la veine « iliaque gauche pour ne pas léser les filets moteurs

« ascendants du nerf pelvien qui se dirigent, aux côtés « de l'artère iliaque primitive gauche, vers la partie distale « du côlon.

« Le plexus sectionné le plus bas possible est maintenu « tendu par une pince. On sectionne ensuite ses connec- « tions latérales, c'est-à-dire les nerfs splanchniques lom- « baires, au-dessus de la bifurcation de l'aorte. En sui- « vant le plan antérieur de l'aorte on est conduit à la « racine de l'artère mésentérique inférieur. Le plexus « mésentérique inférieur est alors libéré de ses connec- « tions supérieurs et on termine par la dénudation de « l'artère mésentérique inférieure, qui se fait environ sur « 2 centimètres. »

Néanmoins, cette méthode suscita de nombreuses critiques : insuffisance des sections nerveuses par rapport aux lésions étendues du côlon, difficulté d'une résection totale en cas de plexus dispersé, possibilités de léser le parasympathique moteur et quelquefois troubles génitaux. Pour Leriche lui-même c'est une intervention minutieuse, difficile, qu'il a rejetée à l'heure actuelle.

Ces deux procédés types ont été perfectionnés par la suite. Ainsi Leriche et Adson remplacèrent la ramisection de Royle et Wade par une résection bilatérale des deux chaînes lombaires. Ils sectionnaient d'abord la chaîne gauche par voie intrapéritonéale, en commençant au-dessus du quatrième ganglion lombaire pour terminer au-dessus du deuxième. La brèche péritonéale fermée, une autre était pratiquée pour permettre la même opération sur la chaîne droite.

Plus tard, Leriche compléta son procédé en réséquant systématiquement le plexus mésentérique inférieur et même le nerf interménsentérique. Adson, de son côté, réséquait systématiquement le plexus hypogastrique supérieur et épargnait volontairement le plexus mésentérique inférieur.

Mais l'ouverture du péritoine et la manipulation de l'intestin ne sont pas sans aggraver le choc opératoire. On intervint par la suite par voie rétropéritonéale.

A l'heure actuelle, les deux interventions qui sont pratiquées pour le traitement du dolichocôlon sont : *la résection bilatérale des chaînes sympathiques* ou *gangliectomies lombaires* et la *résection sous diaphragmatique des nerfs splanchniques gauches* et dans un temps ultérieur celle des premiers ganglions lombaires (2e, 3e et 4e ganglion ou le 1er), ou la splanchnicotomie unilatérale seule.

La splanchnicotomie quand elle est associée à des exérèses sympathiques, est une opération complexe et dangereuse. Elle demande un entraînement du chirurgien. Alors que la splanchnicotomie seule est une opération très simple, facilement réalisable. Pour cette dernière intervention, Monsieur le Professeur Goinard et Piétri, dans un récent article, ont préconisé l'abord par voie rétropéritonéale.

Quelles sont maintenant les indications qui nécessitent de telles interventions ?

Il convient de mettre en évidence ce fait que, quand la maladie en est arrivée au stade des lésions anatomiques graves, extra pariétales, les opérations sympathiques ne peuvent pas permettre une reprise fonctionnelle satisfaisante et définitive. Leur seule et réelle efficacité est d'améliorer les conditions générales de l'intestin au point de permettre une colectomie secondaire à froid, si on le croit indiqué. Le choix de ces différents procédés opératoires sera basé sur l'étendue des lésions du côlon, sur la pression artérielle du malade, car la section du splanchnique peut entraîner une baisse de la

tention artérielle, à ce titre elle sera évitée chez les enfants. Mais nous devons signaler que c'est une complication beaucoup moins inquiétante que l'on veut bien le dire. Enfin, il est des cas où des lésions de colite, ou de mésosigmoïte rétractile, sont des contre-indications aux sections sympathiques et doivent faire recourir aux méthodes d'exérèse. Au contraire, il est des cas où les troubles fonctionnels ne sont pas assez importants pour que l'on puisse faire accepter une intervention qui, chez l'enfant, peut compter quelques inconvénients.

Quant au choix de l'opération, nous n'avons pas encore un assez grand recul post-opératoire pour juger de l'efficacité de l'une ou de l'autre de ces intervention. Il y a encore trop d'inconnues. Notre expérience est trop courte. Nous devons tâtonner et Leriche lui-même, dans un article de janvier 1941, se refusait à fixer des règles. Toutefois, à l'heure actuelle, il semblerait que des deux interventions, la splanchnicotomie serait celle qui, jusqu'à maintenant, aurait donné les meilleurs résultats selon l'avis de Mallet-Guy.

Quant aux résultats thérapeutiques, ils sont pour l'instant excellents. On note de rapides améliorations fonctionnelles. Les douleurs disparaissent. La constipation est supprimée : des individus qui n'avaient une selle que tous les 10 ou 15 jours ont une selle tous les jours, tous les deux jours, bien que replacés dans leur milieu habituel et soumis au même régime alimentaire qu'avant l'intervention. L'abdomen est moins ballonné. Cependant, les images radiologiques sont inchangées.

Mais voici qu'au bout de 6 ou 7 mois, l'allongement colique, à son tour régresse. La régression est lente et progressive, l'allongement de l'intestin diminue, les sinuosités et les boucles se réduisent. Le

côlon qui admettait des lavements barytés de trois litres n'en admet plus que d'un litre dans certains cas favorables. Mais très souvent on n'a pas de modification radiologique bien que le malade soit cliniquement guéri.

Nous devons tout de même attendre l'épreuve du temps et vérifier si les résultats de la splanchnisectomie ou de la sympathisectomie se confirment et se maintiennent.

Voici deux observations de splanchnisectomie gauche :

OBSERVATION N° 20

(Docteur GOINARD)

Mme S. P., 24 ans

Dolichosigmoïde important ; tout le côlon gauche est long, sinueux, atone de calibre exagéré.

Douleurs abdominales, amaigrissement, constipation extrême (jusqu'à 10 et 12 jours).

Traitement médical énergique deux mois durant sans résultat.

Le 24 *mai* 1938, section du splanchnique gauche. En *juillet,* transformation de l'état général, plus de constipation. Mais le ballonnement persiste.

Radiologiquement, le côlon gauche est devenu rectiligne, son calibre a nettement diminué ; mais le dolichosigmoïde reste inchangé.

Le 24 octobre, la malade se plaignant de souffrir dans la région iliaque gauche. Je me décide à lui faire une laparatomie exploratrice iliaque gauche : le transverse est très allongé le sigmoïde est atteint de mésosigmoïdite, une ou deux brides étoilées sont excisées ; mais il est maintenant à peine plus long que la normale : il serait déraisonnable de le reséquer.

Depuis cette laparatomie, d'ailleurs la malade va parfaitement bien.

OBSERVATION N° 21

(Docteur GOINARD)

M. Z., 24 ans

Dolichosigmoïde considérable remontant jusque dans le haut de l'abdomen, se déplaçant de droite à gauche de la ligne médiane. Descendant volumineux et sinueux.

Constipation, douleurs abdominales, altération de l'état général. Le traitement médical reste sans effet.

Le 26 février 1938, section du splanchnique gauche.

En Mai, état fonctionnel intestinal et état général très améliorés ; pas de modifications radiologiques. En septembre, la guérison clinique se maintient. Radiologiquement, 2 litres de lavement sont encore admis par le côlon. Le descendant reste augmenté de volume, un peu sinueux, avec une boucle à mi-hauteur. Par contre, le colichosigmoïde est manifestement réduit de plus d'un tiers.

Le 16 décembre, on pratique un examen radiologique qui montre que le côlon descendant, de calibre normal, est particulièrement rectiligne. Le sigmoïde a des dimensions normales.

En 1942, le malade se remet à souffrir.

On décide d'effectuer une colectomie selon la technique de Delore. On constate que le sigmoïde a repris ses dimensions primitives. Un mois après le malade décède des suites d'une péritonite.

LES INFILTRATIONS.

LERICHE et ses élèves ont montré l'action de l'infiltration anesthésique du sympathique lombaire sur la motricité colique. L'étudiant sous écran, ils constatèrent après injection d'une solution anesthésiante, une reprise de contractions violentes du côlon. C'est en partant de ces constatations que ce dernier édicta cette notion à savoir que, avant de décider une opération sympathique, on doit essayer de voir, à l'aide des anesthésies lombaires, si l'opé-

ration peut être efficace. Les infiltrations devaient servir de *test opératoire.*

Mais à l'étude, cette anesthésie du sympathique s'est révélée comme pouvant avoir un effet prolongé sur la tonicité et les mouvements péristaltiques de l'intestin. Les effets durables dans les infiltrations sympathiques ne sont pas d'ailleurs chose nouvelle. Leriche les a signalés à plusieurs reprises, notamment dans l'infiltration du ganglion étoilé et a montré que les infiltrations répétées du sympathique lombaire amenaient des effets thermiques et vaso-moteurs persistants. De là est née cette nouvelle méthode de traitement du dolichocôlon par l'*infiltration anesthésique du sympathique.*

A l'infiltration de la chaîne lombaire pratiquée par Leriche, Cuvereaux a préféré l'*infiltration haute du splanchnique.*

Voici la technique qu'il propose :

« Le malade est couché sur le côté opposé à celui de « l'infiltration. Un coussin est glissé sous la hanche du « malade de manière à dérouler la région lombaire oppo- « sée. On repère alors l'apophyse épineuse de la première « lombaire dont on s'écarte de quatre bons travers de « doigt. Le point de l'injection est juste sous le bord infé- « rieur de la 12e côte, l'aiguille inclinée à 45° en direction « de la colonne, rase le bord externe des apophyses trans- « verses pour atteindre la face latérale du rachis. La « pointe est retirée légèrement du contact osseux et diri- « gée un peu en avant. La même opération est faite de « l'autre côté. »

La solution que l'on injecte peut être de la novocaïne ou une solution de scurocaïne à 1 %. On en injecte 20 cm3 de chaque côté. Ces injections peuvent être répétées 4 à 7 fois, suivant les cas, à raison de deux par semaine.

Les accidents sont presque tous d'ordre technique : lésions d'un vaisseau, d'une racine, etc... Quelquefois, on note des incidents parfois un peu alarmants : impression d'ivresse avec vertiges, nausées, état congestif du visage, sècheresse de la bouche, transpiration. Ils disparaissent rapidement et semblent dûs à la solution anesthésique mal supportée par certains de ces sujets en état de déséquilibre sympathique. Ces accidents peuvent également être dûs soit à une erreur d'indication et de diagnostic, soit à une infiltration unilatérale insuffisante.

Quant aux effets de cette thérapeutique, la radio permet de les apprécier immédiatement après l'infiltration. Les ondes péristaltiques naissent et se propagent sous les yeux de l'observateur depuis le côlon descendant jusqu'à l'ampoule rectale.

L'action de cette infiltration est transitoire et disparaît après un temps variable, mais en répétant cette intervention on obtient des effets durables. On peut dire qu'à la faveur de cette inhibition répétée du sympathique, il se fait une rééducation intestinale qui agit sur le tonus des fibres musculaires et libèrent l'automatisme intestinal, d'influences perturbatrices. Mais comme pour les précédentes interventions, il manque l'épreuve du temps pour juger de l'efficacité de cette nouvelle méthode thérapeutique bien qu'une de nos observations montre un résultat durable au bout d'un an et demi. A l'heure actuelle elle semble être l'intervention de choix. Elle est préférable aux exérèses sympathiques et splanchniques mais elle ne saurait être complète sans une cure hydrominérale. Si les infiltrations suppriment les troubles engendrés par le dolichocôlon, les eaux thermales, en plus d'un rétablissement heureux sur le transit colique, s'attaqueront aux réactions secondaires com-

me les colites, les spasmes et les toxiinfections d'origine intestinale.

Voici trois observations relatives à des infiltrations. La dernière montre que quelquefois les infiltrations n'ont pas les effets escomptés et que l'on est obligé de recourir aux splanchnisectomies :

OBSERVATION N° 22

(Observation inédite de MM. les Docteurs Goinard et Maire)

M. A., 34 ans

Indigène venant consulter pour des phénomènes dyspeptiques du type hypersténique : brûlures et douleurs 2 heures après les repas. Sensation de gonflement gastrique vers les 4, 5 heures, avec éructations. Phénomènes qui ne cèdent pas au repas du soir. Ce malade est également gêné la nuit par des douleurs à type de crampes gastriques irradiées dans le dos et survenant entre minuit et deux heures du matin.

Il accuse aussi une constipation importante, allant à la selle tous les trois ou quatre jours sans avoir la sensation d'une libération intestinale. Cet état dure depuis deux ans.

L'évolution n'est pas continue. Le malade passe par des crises de 15 à 20 jours sans avoir d'accalmie franche. On pense cliniquement à des phénomènes de dyspepsie chez un constipé chronique.

Examen :

Toute la région épigastrique est douloureuse.

Poche d'air volumineux et sonore. La palpation du côlon gauche est nettement douloureuse.

Traitement :

Carbonate de chaux. Magnésie hydratée. Potion de Leven avant les repas.

Ce malade est revu vingt jours après sans aucune amélioration si ce n'est qu'il va un peu mieux à la selle.

On pratique alors un lavement baryté qui montre un dolichomégasigmoïde important. Au niveau du côlon droit, on note une importante coudure justa-angulaire du transverse qui est pelotonnée au contact de l'ascendant.

Devant ces constatations radiologiques, le malade est adressé au Docteur Goinard aux fins d'infiltrations splanchniques. Elles sont hebdomadaires en mai et juin 1941. Après chaque infiltration, on note 5 jours sans douleurs ni constipation. Et chaque semaine, il revenait demander une injection.

Il y a interruption des infiltrations pendant l'été. Revu en novembre, il n'a plus de constipation mais des douleurs abdominales vagues qui ne disparaissent pas après une nouvelle infiltration.

Un lavement baryté pratiqué à ce moment montre une régression du dolichomégasigmoïde. Le calibre, la longueur et le déroulement de l'S iliaque sont normaux. Aucune amélioration du côlon droit.

Il persiste donc un allongement de l'angle hépatique et une stase cæcale. Le malade accuse d'ailleurs de légers gargouillements de la fosse iliaque droite. L'état général est parfait.

On envisage avec le Docteur Goinard de faire des infiltrations droites. On en pratique deux à une semaine d'intervalle.

Résultats :

Le malade va à la selle chaque jour. Il n'a plus de phénomènes dyspeptiques. Il mange normalement et mène une activité normale.

OBSERVATION N° 23

(Docteur P. Goinard)

Mme P., 75 ans

Constipation opiniâtre depuis l'enfance. Restait parfois quinze jours sans selles.

Peu de douleurs, mais depuis quatre ans apparition de crises douloureuses survenant tous les mois puis se rapprochant de plus en plus. Ces crises surviennent sans cause

connue. Elles débutent à l'épigastre et irradient à tout l'abdomen dans la fosse iliaque droite plus particulièrement si bien qu'on lui enlève son appendice. Il n'y a aucune amélioration.

Un lavement baryté a montré un énorme dolichocôlon sigmoïde, ce dernier se déroule en formant trois boucles occupant chacune la hauteur de l'abdomen.

On pratique trois infiltrations sympathiques le 28 novembre 1940, le 7 décembre et le 13 décembre. On obtient une amélioration très nette. Mais le 28 décembre, nouvelle crise très violente. On pratique une quatrième infiltration qui apporte un soulagement instantané. Puis, de nouveau, deux alertes insignifiantes. Plus d'insomnies. La constipation s'améliore. Elle reprend une vie active. Nouvelle crise le 8 mars 1941. Infiltration le 10 avec des résultats excellents. Les douleurs persistent pendant huit jours, une sensibilité pendant quinze jours. Elle use de laxatifs puis les selles redeviennent quotidiennes pendant six semaines, fait sans précédent chez elle. Elle reprend des laxatifs et de la belladone.

Depuis un an plus de crises. Le fonctionnement intestinal est normal.

OBSERVATION N° 24

(Consultation de Gastro Entérologie de l'Hôpital de Mustapha)

Mlle P., 21 ans

Douleurs épigastriques depuis trois ans. Survenant trois fois par semaine et cela quatre fois par mois. Elles sont précoces, survenant une demi heure après les repas et durant deux heures pour se terminer par un vomissement involontaire. A type de pesanteur elles irradient vers la région du flanc gauche et ne sont pas calmées par l'ingestion d'aliments.

Au cours de 1940 et à plusieurs reprises présence dans les fèces d'un mœlena assez important.

Constipation opiniâtre remontant à l'enfance.

Amaigrissement de 10 kilogrammes.

Il y a deux ans, appendicectomie mais aucune sédation des douleurs.

Radioscopie gastrique :

Estomac radiologiquement normal.

Très grosse aerocolie. Points douloureux correspondants au côlon descendant.

Lavement baryté :

Dolichocôlon sigmoïde. Ebauche de boucle entre le côlon ascendant et le transverse. Côlon transverse en position normale. Rien au côlon droit.

Elle est adressée au Docteur Goinard qui lui pratique des infiltrations du sympathique lombaire qui ne produisent aucun résultat.

On fait alors une section du splanchnique gauche. Après l'intervention, les douleurs cessent petit à petit. Les selles redeviennent normales, quotidiennes et spontanées.

Au bout de deux mois, la malade revient pour une réapparition de ses douleurs. On note l'existence d'une colite que l'on traite. Depuis, la malade est guérie.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

L'étude que nous venons de faire sur le Dolichocôlon, tant dans ses manifestations cliniques que dans son étude thérapeutique, ne constitue malheureusement qu'une revue générale. C'est volontairement que nous n'avons pas développé certains chapitres qui, à eux seuls, nécessiteraient une étude particulière.

La clinique de cette affection nous a permis de mieux saisir et d'expliquer le mécanisme des complications et d'arriver logiquement à l'enchaînement des diverses méthodes thérapeutiques.

Nous pouvons donc maintenant dégager certaines idées nouvelles qui éclairent d'un jour nouveau la pathologie, le traitement et l'avenir médical des dolichocôliques.

Du point de vue pathogénique, la chirurgie neuro-musculaire constitue presque pour nous une preuve expérimentale de l'allongement colique par hyper-sympathicotonie. Théorie qui semble être en plein accord avec les résultats obtenus par la méthode des infiltrations sympathiques.

Du point de vue clinique, nous pouvons affirmer à la fin de cette étude que l'avenir du dolichocôlique se présente sous des hôspices plus favorables qu'autrefois. Si, anatomiquement, et biologiquement, on ne peut supprimer un dolichocôlon, le

clinicien a, à l'heure actuelle, à sa disposition, des moyens efficaces pour calmer son malade, cicatriser son intestin et surtout faire cesser un des symptômes important de cette maladie : la constipation. Symptôme qui fait souvent de ces malades, de véritables obsédés.

Nous avons montré, par quelques observations, que la thérapeutique médicale associée à la cure hydrominérale rétablit souvent un transit normal et diminue la colite.

Bien entendu, on ne doit considérer la cure hydrominérale que comme un adjuvant précieux qui supprime les effets mais qui ne s'attaque pas toujours à la cause.

Les techniques actuelles que nous avons développées montrent que nous possédons une thérapeutique sympathique qui constitue un moyen efficace pour éloigner de plus en plus du dolichocôlique, certaines complications graves. Parmi ces méthodes, nous optons pour les infiltrations lombaires qui ont l'avantage de ne déterminer aucun choc et qui n'agissent que comme interrupteur physiologique de l'influx nerveux.

La chirurgie du dolichocôlon a évidemment fait depuis ces dernières années, de très grands progrès, mais, nous le répétons, elle ne doit s'attacher qu'aux formes graves, compliquées et qu'après échec des infiltrations sympathiques.

Il nous manque évidemment l'épreuve du temps (quoique certaines de nos observations évoluent sur une période de 2 à 3 ans : Observations n°° 23-24) pour juger d'une façon définitive une efficacité thérapeutique durable.

Nous avons tenu à terminer ce travail par l'exposé des infiltrations symtaphiques, nous réservant d'étudier dans l'avenir, cette méthode qui éclaire d'un jour nouveau l'évolution d'une maladie qui, dans de nombreux cas, constitue une infirmité.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

ALVAREZ. — Différences of behavior of segments from différent parts of intestine. (*Amer. Journal of. physiol.*, Mars 1918).

ANSPACH. — Berlin. (*Klin. Woch.*, t. 47, p. 1222).

BALME (M^lle). — Traitement des enfants à Châtel-Guyon. (*Thèse*, 1936).

BARTLE. — Mégacôlon a resume of the litterature. I*Am. Journ. of. med. sec.*, 1926).

BECLERE. — A propos des variations de longueur du gros intestin. (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, 1923).

BEHRING et GLERCKER. — Darmspasmus und Hirschprungshet Syndrom. (*Acta. Fédiatrica*, 1925).

BELOT. — Un cas de Dolichocôlon. (*Bull. et Mém. de la Société de Radiologie Médicale de France*, 1920).

BELOT. — Un cas de mégasigmoïde aberrant à bascule. (*Société de Radiologie Médicale de France*, 1920).

BENSAUDE. — Maladies de l'intestin.

BENSAUDE et HILLEMAND. — Maladie de Hirschprung. I*Ann. de Médecine*, Décembre 1922).

BENSAUDE, CAIN et LAYANI. — A propos d'un cas de maladie de Hirschprung post encéphalitique. (*Arch. des Maladie de l'app. digestif.* Janvier 1928).

BENSAUDE et MONOD. — Le Dolichosigmoïde. (*Ann. de Méd.*, Avril 1930).

BENSAUDE et SORREL. — Six cas de mégacôlon. (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, 1914-1915).

BERARD et PATEL. — Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche. (*Revue de Chir.* et *Sem. Méd.*, 1903).

Bianchi. — Sull'importanza dei vizi di posi zione congeniti nella pato logia del grosso intestino, 1925.

Black. — Displacement of the colon. (*Annals of surg.*, 1912).

Bonnacorsi. — Un intéressant cas de dolichocôlon sigmoïdien chez un homme de 57 ans. (*Radiologica médica*, 1937).

Bryant. — Observations upon the growth and length of the human intestine. (*Amer. Journ. of médical sc*, 1924).

Busi. — L'esplorazione radiologica del tubo digerente. (*Trattato di diagnostica radiologica Ferrara Tadei*).

Cannon. — *American Journal of physiol.*, 1902.
American Journal of physiol., 1906.

Cantlie. — *Brit. méd. journ.*, 1907.

Chiray. — Le dolichocôlon et son traitement hydrominéral. (*Sté de Médecine de Paris*, Mars 1938).

Chiray et Baumann. — Les colites chroniques.

Chiray et Lebon. — Congrès des colites (Plombières, 1935).

Chiray et Lebon. — Congrès de la colibacillose. (Châtel-Guyon, 1934).

Chiray, Lomon, Wahl. — Le dolichocôlon.

Chiray et Stieffel. — La colite muco-membraneuse. (Paris, 1930).

Crampe. — *Arch. f. Anat. Physiol. u. wissensch. Med.*, 1872.

Curschmann. — Die Anomalien der lage. Form. grôsse der Dickdarms Deutsch. (*Arch. f. Klin Med*, 1894).

Cuvereaux. — *Thèse de Lyon*, 1941.

Donati et Alzona. — Stenosi ileo-coliche di posizione. (*Arch. itat. di chir.*, 1921).

DREIKE. — *Deutsch. Zeitschr. F. Chir.*, 1895.

DURAND. — L'administration fractionnée des laxatifs dans le traitement de certaines constipations. (*Arch. mal. digestif*, Décembre 1929).

DUBUS. — Etude expérimentale de quelques réactions motrices du côlon. (*Thèse de Lille*, 1911).

DUVAL et J. Ch. ROUX. — La reconstitution d'un pseudo cæcum aux dépens du côlon. (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, 1923).

ENRIQUEZ et DURAND. — Déformations biloculaires de l'estomac. (*Mouvement Médical*, Février 1913).

FENWICK. — Hypertrophy and dilatation of the côlon in enfancy. (*B. med. journ.*, 1900).

FORGUE. — Quelques précisions sur le volvulus du côlon pelvien. (*Presse médicale*, Janvier 1920).

FRIEDEL et JAUGEAS. — Exploration de l'angle sigmoïde par la radiographie. (*Sté Médciale des Hôpitaux*, 1913).

FRIED. — Intestinal gases of man. (*Amér. journ. of physiol.*, 1906).

FROLOWSKY. — *Thèse St-Pétersbourg*, 1876.

GATELIER, MOUTIER, PORCHER. — Radiologie clinique du tube digestif. (Paris, 1930).

GIRAULT. — Un traitement médical des dolichocôlons. (*Arch. mal. app. digestif*, 1926).

GOEBEL. — *Mitt. a. d. Grezgeb. der. Med. u. chir.*, 1920.

GOINARD (Pierre). — Titres et Travaux scientifiques, 1936-1939.

GOINARD et MERZ. — L'opération du Dolichocôlon. (*Journ. Chir.*. T. 47, n° 2, février 1936).

GOINARD et PIETRI. — L'abord du splanchnique par voie lombaire et par voie médiastinale. (*Algérie chirurgicale*, Février 1942).

Grégoire. — Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen. (Paris 1922).

Guinard. — Maladie de Hirschprung, Mai 1909.

Gysi. — Variationnen u. anomalien in der Lage. (*Arch. fur Anant. und Physiol. Anata. Abt.*, 1914).

Hillemand. — Dolicho et mégacôlon. Etude clinique et radiologique. (*Revue de Médecine*, Juin 1939).

Hillemand. — Dolichocôlon. (*Fiches de pratique médicale*, Juillet 1938).

Houdard. — A propos de deux cas de dolichocôlons. (*Bull. et Mém. de la Sté de Chir.*, 1927).

Kantor. — Redundant côlon. (*Amér. Journ. of. roentg.*, 1924).

Kadjan. — *Russkaja Chirurgija*, 1903.

Lardennois. — Stase colique par déformation des côlons. (*Presse Médicale*, Juin 1913).

Lardennois. — Un cas de mégacôlon. Pathogénie et traitement. (*Bull. et Mém. Sté Chir.*, 1924).

Lardennois et Aubourg. — Allongements segmentaires du gros intestin. (*Journ. de Radiologie et d'Electro*, 1914).

Lane. — Opérative treatment of chronic constipation, Londres, 1904.

Larrimore. — Human large intestine in nex-born and in adult, 1926.

Laurell. — Volvulus der Flexura sigmoïda. (*Acta radiologica*, 1926).

Lecene. — Volvulus du gros intestin. (*Revue de Chir.*, 1910).

Lejars. — Stase intestinale chronique. (*Se. Médicale*, 1911).

Leriche. — Méga et Dolichocôlon. (*Presse Médicale*, 22-12-37).

LERICHE. — Résultats du traitement du méga et dolichocôlon. (*Presse Médicale*, Janvier 1941).

LEVEN et BARRET. — Biloculation gastrique par distension gazeuse de l'estomac et du côlon, 1911.

LETONDAL. — Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant. (*Thèse de Paris*, 1925).

LEVEUF. — Dolichocôlon. (*Bull. Sté Anat. de Paris*, 1914).

MALLET-GUY, CUVEREAUX, MARION. — Infiltration lombaire, sympathectomie lombaire et splanchnicectomie dans le méga et le dolichocôlon. (*Journ. Chir.*, T. 58, n° 3, 1941-1942).

MARAGLIANO. — *Riforma. méd.*, 1927.

MARFAN. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfant*, 1895-1903.

MAUCLAIRE. — La mésentérite sténosante et rétractile, 1921.

MERLE D'AUBIGNE. — Traitement chirurgical du méga et dolichocôlon. (*Revue de Médecine*, Juin 1939).

MOLLER. — The redundant côlon. (*Acta radio.*, 1926).

MURRAY. — Redundant côlon. Two cases report. (*Journ. of. Tenesse*, 1925).

OBREFELD. — Les avitaminoses B1. Leur traitement par la vitamine B1 cristallisée. (*Thèse*, 1938).

OTTAVIANI. — Le Dolichocôlon. Traitement chirurgical par l'hemicolectomie splénique. (*Thèse*, 1936).

PATEL. — Volvulus du côlon iliaque. (*La Clinique*, 1912).

PAUCHET. — Volvulus iliaque. (*Journ. de Méd.*, Paris, 1921).

PIERGROSSI. — *Archivio di Radiologia*, 1925.

PLICHET. — Traitement du méga et dolichocôlon par l'infiltration anesthésique du splanchnique et du sympathique lombaire. (*Presse médicale*, Janvier 1942).

POZZI. — 18e Congrès de Chir., 1905.

RACHET. — Sigmoïdite et péri-sigmoïdite. (Cours à la Faculté, 1938).

RACHET et BUSSON. — Pathogénie et traitement du méga et dolichocôlon. (*Revue de Médecine*, 1939).

ROMANI. — Contributo clinico e radiologico alla patogenese del mégacôlon, 1924.

SEILLE. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du mégacôlon. (*Thèse*, Paris 1929).

STELKER. — Rouss ky Vratch, 1910.

WASSILAROS. — Traitement neurochirurgical du mégacôlon idiopathique. (*Thèse*, 1939).

WEISS et PORCHER. — Modifications anatomo physiologiques apportées au segment terminal du tube digestif par la suppression du réservoir colique. (*Arch. mal. app. digestif*, Novembre 1924).

Vu : Le Président :

LEBON.

Vu : Le Doyen :

LEBON.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 19 Mai 1942.

Le Recteur,

G. HARDY.